



TÜRKİYE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI

DEĞERLENDİRME RAPORU (2003-2011)



Herkes için sağlık

Prof. Dr. Recep AKDAĞ

“Van depreminde kaybettiğimiz sağlık çalışanlarımızın ve menfur bir saldırıda şehit olan Dr. Ersin Arslan’ın aziz ruhlarına ve hatıralarına ithaf ederiz...”

Editör
Prof. Dr. Recep AKDAĞ

T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: ???
ISBN: ???
Aralık 2012



Sunuş

Biz, hükümet olarak bu ülkenin ve bu milletin her şeyin en iyisini, en güzelini hak ettiğini düşündük. Dokuz yıl boyunca gece gündüz bu ideali gerçekleştirmek için koştuk. Milletın gönlünde, yüreğinde, zihninde kalıcı bir yer edinmek için çıktığımız bu ulvi yolculukta somut hizmetler, gözle görülür eserler, milletin derdine çare olacak çözümler ürettik. İnsanımızın hakkı olan kaliteli sağlık hizmetini almasını sağlamak için Sağlıkta Dönüşüm Programı'nı uygulamaya koyduk, büyük işler başardık, büyük reformlar yaptık.

Şair ne güzel söylemiş...

“Adam odur ki, koya dünyada bir eser;

Eseri olmayanın yerinde gör ki yeller eser...”

Elinizdeki bu değerlendirme raporu, sağlık alanında dokuz yılda yaptıklarımızın bir hlulasıdır, hkmetlerimizin olduğu kadar Türkiye'nin, Aziz Milletimizin başarı örneğidir. Ne mutlu bize ki Türkiye'ye sağlıkta kazandırdıklarımız, eser, hizmet ve yatırımlarımız öyle bir çırpıda sayılamıyor, raporlara sığmıyor.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile devasa bir tecrübe elde ettik. Hedefimiz bu tecrübeyi bölgesel ve küresel düzeylerde paylaşmaktır. lkem, elde ettiği bu büyük tecrübe ve başarı ile artık sağlıkta dünya liderleri arasında yer aldı.

Bu raporla sadece dn ve bugünü anlatmıyoruz, milletimizin ve insanlığın yarınlarına ışık tutuyoruz. Dost ve komşu ülkelerle tecrübelerimizi paylaştığımız bir eser ortaya koyuyoruz.

Gücümüzü, heyecanımızı ve enerjimizi milletimizden alarak çok daha geniş ufuklara yelken aıyoruz. "Herkes için sağlık" diyoruz. Tarihimizden gelen lider ülke olma sorumluluk ve bilinciyle hayal bile edilemeyenleri gerçekleştirdik, gerçekleştiriyoruz. Kkmz mazide, gözümüz atide...

Biliyoruz ki büyük zaferler adanmış ve inanmış ordularla elde edilir; bu zaferlerin arkasında nice isimsiz kahraman vardır. Bu vesile ile Aziz Milletimizin ihtiyaç duyduğu her yerde hizmete hazır olan sağlık ordumuzun şekat kahramanları; fedakr hekimlerimizi, hemşirelerimizi, sağlık memurlarımızı, teknisyenlerimizi ve bütün sağlık çalışanlarımızı gönülden kutluyor, Milletim adına şükranlarımı sunuyorum.

Sevgilerimle...

Recep Tayyip ERDOğAN

Başbakan



Önsöz

Göreve geldiğimiz 2002'den bu yana, ülke olarak sağlıkta büyük ilerlemeler kaydettik. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile büyük işler başardık, devasa bir dönüşüm gerçekleştirdik.

Dünyada ender görülen hız ve düzeyde, sağlık göstergelerimizi iyileştirerek küresel bir başarı örneği sergiledik. Bu büyük dönüşüm ile her engeli aşabileceğimizi, her hedefe ulaşabileceğimizi gösterdik.

Hizmette sınır tanımadık. Bir yandan Hakkari'nin mezralarına, Trabzon'un yaylalarına, Edirne'nin köylerine, Yozgat'ın bozkırına, Adana'nın ovalarına kadar ulaşırken öte yandan Haiti'de depremzedelere, Endonezya'da ve Japonya'da tsunami mağdurlarına elimizi uzattık.

Uluslararası kamuoyunda büyük takdir toplayan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın başarılı uygulamalarını artık diğer ülkelerle paylaşıyoruz. Dünya Sağlık Örgütü ve OECD gibi uluslararası kuruluşlar, Türkiye'deki sağlık reformlarından diğer ülkelerin öğreneceği birçok hususun olduğunu, dönüşümün diğer ülkeler için "ders kitabı" vasfı taşıdığını söylüyor.

Bugün dünya çapında özgün bir model olan "Sağlıkta Dönüşüm" ile Türkiye, küresel sağlık gündemini oluşturan liderler arasında yer alıyor. Artık küresel değişime ayak yuduran değil, insana hizmeti gaye edinerek değişime öncülük eden bir Türkiye var.

Biliyoruz, yapacak daha çok iş var. Herkes bilmelidir ki bu devasa dönüşümü yapan zihniyet, daha iyisini yapabilecek bilgi, azim ve kararlılığa sahiptir ve daha iyisini de yapacaktır. Bu büyük öz güvenimizin arkasında Aziz Milletimizin göz bebeği her biri isimsiz kahraman olan sağlık çalışanlarımızın olduğunu belirtmek isterim. Bu vesile ile sağlıkta dönüşümün ruhunu kavrayarak insanımızın sağlığı için gece gündüz demeden fedakârca gayret gösteren sağlık çalışanlarımızı tek tek tebrik ediyor, kendilerine teşekkür ediyorum.

Ülkemizin medar-ı iftiharını sağlık çalışanlarımız, iyi ki varsınız...

Sevgi ve saygılarımla...

Prof. Dr. Recep AKDAĞ
Sağlık Bakanı

Giriş

Cumhuriyet tarihi boyunca ülkemizde uygulanan sağlık politikaları bazı temel değişim dönemleri geçirdi. Dr. Refik Saydam dönemi (1923), Dr. Behçet Uz dönemi (1946) ve Prof. Dr. Nusret Fişek'in öncülüğünde sağlık hizmetlerinde sosyalizasyon uygulamasının başlangıcı (1963), önemli dönüm noktalarıdır. Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003), bu dönüm noktalarından son halkayı oluşturmaktadır.

Diğer taraftan, bütün dünyadaki insanların sosyal ve ekonomik yönden verimli bir hayat sürdürebilmesi için hükümetlerin üstlenecekleri rollere 1977 yılındaki Dünya Sağlık Asamblesi'nde dikkat çekildi, 1978 yılında Alma Ata Konferansı'nda "21. Yüzyılda Herkese Sağlık" politikasının temelleri atıldı. 1984 yılında "Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi Herkese Sağlık Stratejisi ve Hedefleri" kabul edildi.

Ülkemiz için bu küresel politika ve hedeflerin uygulamaya geçirilmesi 20 yıl boyunca ne yazık ki siyasi bir temenni olarak kaldı. 2003 yılından itibaren uygulamaya başladığımız “Sağlıkta Dönüşüm Programı”, bugüne kadar yapılmış bütün çalışmalarını dikkate alan katılımcı ve demokratik karar süreçleri ile en uygun çözümler üretmeyi amaçlayan kapsamlı bir programdır. Dönüşümle sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve bu hizmetlerin hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, sağlık hizmetlerine finansman sağlanması ve sunulması amaçlanmaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı, sayılan gayelere ulaşırken Dünya Sağlık Örgütü’nün “21. Yüzyılda Herkese Sağlık” politikasını, Avrupa Birliği tarafından açıklanan “Katılım Ortaklığı Belgesi”ni ve diğer uluslararası tecrübeleri de dikkate almaktadır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın merkezinde insan yer almaktadır. Kişinin sağlığının toplumla birlikte korunması esastır. Bu sebeple “herkes için ulaşılabilir, nitelikli ve sürdürülebilir sağlık hizmeti” bu programın ana fikridir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın amaçlarıyla uyumlu olarak 2006 yılında hazırlanan 9. Kalkınma Planı ile 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 Sistemi’nin tesisini hedeflemektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın uygulamaya konulduğu 2003 yılından bu yana, bu hedeflerin büyük kısmına ulaşılmış bulunmaktadır. Program’ın en önemli bileşenlerinden olan genel sağlık sigortası, sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması ve hizmet kalitesinin artırılması gerçekleştirilmiş durumdadır. Sağlık bilgi sistemleri, akılcı ilaç ve malzeme kullanımı, Sağlık Bakanlığı’nın planlama ve denetleme rolünün güçlendirilmesi konularında alınan mesafeler oldukça önemlidir. Bu konulardaki detaylı bilgiler raporun ilgili kısımlarında yer almaktadır. Bu ekseninde yürütülen Sağlıkta Dönüşüm Programı, ulusal politikanın bütünleyici bir parçasıdır. Bu programın gerçekleşmesi ile sağlık hizmetleri, geleceğin hızla değişen ve dönüşen sağlık önceliklerini karşılayabilecek dinamik bir zemin kazanmaktadır.

Yakın dönem sağlık politika çalışmalarından yola çıkılarak özgün bir Türkiye modeli olarak geliştirdiğimiz Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ile katettiğimiz mesafeyi geçtiğimiz yıllarda örneklerle dikkatinize sunduk. Daha önce “Nereden Nereye: Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı, Haziran 2007”, “Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu, Ağustos 2008”, “Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu, Eylül 2010” ve “Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu, Haziran 2011” adlarıyla yayımladığımız ilerleme raporlarının güncellenmiş halini yeni eklerle bu kitapta bulacaksınız.

Açıklamalar

Kitapta yer alan Türkiye verileri uluslararası tanımlar ve standartlara göre hesaplandı. Geçmişe yönelik olarak bu doğrultuda revizyon yapıldı.

Kıyaslamaları yapabilmek için kitapta kullanılan 1994 ve 2002 yıllarına ait verilere Sağlık Bakanlığı'nın 2005'te devraldığı kamu kurum ve kuruluşlarına ait tesis, personel gibi bütün rakamlar dâhildir.

Bölge değerlendirmelerinde, Avrupa Birliği ülkelerinin kullandığı istatistiki bölge sınıflandırması olan "İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflandırması" (NUTS) kullanıldı.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Anatomisi adlı bölüm, Marc Roberts'ın "Getting Health Reform Right" adlı kitabındaki bölümler temel alınarak hazırlandı.

İçindekiler

SUNUŞ	3
ÖN SÖZ	5
GİRİŞ	7
AÇIKLAMALAR	9
DEĞERLENDİRME RAPORU YÖNETİCİ ÖZETİ	17
GENEL DEMOGRAFİK GÖSTERGELER.....	33
DÜNDEN BUGÜNE SAĞLIK POLİTİKALARIMIZ.....	43
1920-1923 Yılları Arası Sağlık Politikaları	45
1923-1946 Yılları Arası Sağlık Politikaları	45
1946-1960 Yılları Arası Sağlık Politikaları	46
1960-1980 Yılları Arası Sağlık Politikaları	49
1980-2002 Yılları Arası Sağlık Politikaları	49
2003-2011: Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı	51
TÜRKİYE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI'NIN ANATOMİSİ	53
A-TEŞHİS.....	77
1. Finansman	79
2. Ödeme	81
3. Organizasyon	82
4. Düzenleme.....	83
5. Davranış	85
B-POLİTİKA GELİŞTİRME VE POLİTİK KARAR	87
C-UYGULAMA	103
1. Koruyucu ve Temel Sağlık Hizmetleri	103
1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Yeni Dönem: Aile Hekimliği	106
2. Anne ve Çocuk Sağlığı	117
A. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Programı.....	117
B. Kadınlar Gebeliğe ve Anneliğe Hazırlanıyor: Anneler Anneliklerini Yapabilecek.....	121
C. Geleceğimizin Teminatı Anne ve Çocuklar.....	127
D. Yenidoğan Taramaları ile Engelleri Aşıyoruz.....	131
E. Yenidoğan Yoğun Bakımı.....	133

3. Başışıklama Programları: Aşılar.....	134
4. Bulaşıcı Hastalıklarla Etkili Mücadele	143
5. Kırım Kongo Kanamalı Ateşı (KKKA) Hastalığı.....	151
6. Kronik Hastalıklarla Mücadele.....	152
A. Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı.....	154
B. Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı.....	156
C. Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı	157
D. Kanser Savaşında Yeni ve Etkili Yaklaşım: Erken Teşhis Hayat Kurtarır	158
E. Akıl ve Ruh Sağlığı.....	165
F. Yaşlı Sağlığı	170
7. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi.....	170
A. Tütün, Alkol ve Madde Bağımlılığıyla Mücadele	172
B. Suyu Sabuna Dokunun	177
C. Sevgi En İyi İlaçtır.....	177
D. Sağlıklı Gelecek İçin Sağlıklı Beslenme ve Fiziksel Aktivite	177
E. Diğer	181
8. Acil Sağlık Hizmetlerinde Yeni Dönem.....	181
9. Ağız Diş Sağlığı.....	189
10. Sağlıklı Çevre, Sağlıklı İnsan	192
11. Çalışanların Sağlığı.....	193
12. İklim Değişiklikleri.....	194
2. Teşhis ve Tedavi Hizmetleri.....	195
1. Kamu Hastanelerinin Tek Çatı Altına Alınması	197
2. Özel Hastane Kapılarının Herkese Açılması	199
3. Hastanelerde Yerinden Yönetim	200
4. Hastane Hizmetlerinde Yeniden Yapılanma.....	200
5. Hasta Hakları.....	205
6. Çalışan Güvenliği Uygulamaları	208
7. Hastane Rollerinin Kurum Bazlı Belirlenmesi ve Gruplandırılması	209
8. Acil Servislerde Seviyelendirme ve Tescil.....	211
9. Yanık Tedavisinde Yeni Yapılanma.....	211
10. Hastane Enfeksiyonlarının Önlenmesi	212
11. Merkezi Hastane Randevu Sistemi (MHRS)	213
12. Evde Sağlık Bakımı Hizmetleri.....	214
13. Kardiyovasküler Cerrahi (KVC) Merkezleri Planlaması.....	215
14. Kan Hizmetleri.....	216
15. Organ Nakli Hizmetleri	216

16. Doku ve Hücre Nakli Hizmetleri.....	217
17. Replantasyon Uygulamaları	219
18. Geleneksel, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamaları	220
3. İlaç ve Eczacılık.....	223
1. İlaç Fiyat Politikalarında Yeni Dönem.....	225
2. Eczanelerin Herkese Açılması.....	226
3. İlaç Tüketimi	226
4. İlaç Takip Sistemi (İTS)	227
5. Akılcı İlaç Kullanımı	228
4. Sağlık Bilgi Sistemi	231
1. Sağlıkta e-Dönüşüm: Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi	233
2. Türkiye’de e-Sağlık Uygulamaları.....	233
3. Kurumsal Kaynak Planlama Sistemleri	237
4. Karar Destek Sistemleri.....	239
5. Diğer Uygulamalar	239
5. Kurumsal Yapılanma ve Kapasite Geliştirme	243
1. Sağlık İnsan İş Gücü.....	245
A. İnsan Kaynakları Durum Tespiti ve Çözüm Planlaması.....	245
B. Kamuda Sağlık İnsan Kaynağı İstihdamında Hamle.....	254
C. Personel Atamalarında Şeffaflık	258
D. Sağlık Personeli Eğitimi	259
E. Sağlıkta Buluşma Noktası (SBN)’nda Buluşuyoruz	262
2. Sağlık Hizmet Planlaması	262
A. Sağlıkta Bölgesel Planlama	262
B. Yatırımlarda Akılcılık	263
3. Sağlık Kurumlarında Şeffaf Yönetim ve Bürokrasinin Azaltılması Çalışmaları	266
4. Sağlık Bakanlığı’nı Yeniden Yapılandırdık.....	268
A. Bakanlığın Yeni Yapısı.....	268
B. Personel.....	269
C. Aile Hekimliği	270
D. Yatırımlar	270
E. Muhtelif Düzenlemeler	271
5. Sağlık Politikaları Kurulu	271
6. Sınır Ötesi Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Birliği	273
1. Dinamik ve Sağlıklı Dış İlişkiler	275
2. Avrupa Birliği Müzakere Sürecinde Yürüttüğümüz Çalışmalar.....	278

7. Çok Yönlü Sağlık Sorumluluğu	287
1. Kamu-Özel Ortaklığı	289
2. Kamu Kuruluşları	289
A. TOKİ ile İş Birliği	289
B. YÖK ile İş Birliği ve Üniversiteler	290
C. Milli Eğitim Bakanlığı ile İş Birliği	292
D. Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı ile İş Birliği	292
E. Çevre ve Şehircilik Bakanlığı ve Orman ve Su İşleri Bakanlığı ile İş Birliği	293
F. Milli Savunma Bakanlığı ile İş Birliği	293
G. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ile İş Birliği	293
H. Sağlık Finansmanında Beşli İş Birliği	293
I. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ile İş Birliği	294
3. Uluslararası Kuruluşlar	294
A. DSÖ ile İş Birliği	294
B. UNICEF ile İş Birliği	295
C. OECD ile İş Birliği	296
4. Basın ve Halkla İlişkiler	296
5. Sivil Toplum Kuruluşlarıyla İş Birliği	297
8. Sağlıkta Stratejik Yönetim, Performans ve Kalite	299
1. Sağlıkta Stratejik Yönetim	301
2. Performansa Göre Ek Ödeme	305
3. Kalite ve Akreditasyon	310
9. Sağlıkta Finansal Yönetim	315
1. Sağlık Harcamaları	317
A. Orta Vadeli Mali Program	324
B. Sağlık Harcamalarının Takibi	324
2. Global Bütçenin Yönetimi	324
A. Global Bütçe Öncesi Durum	325
B. Global Bütçe Uygulama Aşamaları	325
C. Birinci Basamakta Global Bütçe Uygulaması	326
D. Global Bütçenin Hastanelere Dağıtımı	327
3. Finansal Standart Geliştirme ve Düzenleme İşlemleri	329
A. Hizmet Alımlarında Çalıştırılabilecek İşçi Sayısının Tespiti	329
B. Hizmet Alımlarında Yüklenicilere Verilecek Kâr Oranı	329

C. Hizmet Alımları Kapsamında İşçilere Öngörülecek Ücretler	330
D. Ödeme Zamanı ve Ödeme Süreçlerinin Düzenlenmesi	330
4. Stok Yönetimi Kapsamında Başlattığımız Yeni Uygulamalar	331
A. Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemi Uygulamaları (MKYS)	331
B. Azami Stok Miktarı (ASM) Uygulaması	332
C. İhale Öncesi MKYS Sorgulamaları ve İl Stok Havuzu	333
D. Stok Analizleri	335
E. Stok Koordinasyon Ekipleri ve Stok Havuzları.....	335
F. İhtiyaç Tespit Komisyonlarının Kurulması	336
5. İhtiyaçların Temini İçin Geliştirilen Yeni Yöntemler	336
A. Hastanelerin Birbirlerinden Mal ve Hizmet Almaları	336
B. Küçük Hastanelerin İhtiyaçlarının Büyük Hastanelerce Karşlanması	347
C. Çerçeve Anlaşma Yöntemi ile Toplu Satın Almalar	338
D. Laboratuvar İhtiyaçlarının Toplu Satın Almalar İle Karşlanması.....	339
E. AR-GE İhtiyaçlarının Temininde Kolaylık Getirilmesi.....	340
6. Finansal Yönetim Bilgi Sisteminin Oluşturulması	340
A. Tek Düzen Muhasebe Sistemi	340
B. Döner Sermayeli İşletmeler Bütçe Programı.....	341
C. Stratejik Finans Yönetim Sistemi	341
7. Risk Yönetimi ve Mali Analiz	342
A. İşletmelerin Finansal Risk Yönetimi	342
B. Mali Analiz Raporları ve Finansal Eylem Planları.....	343
C. Finansal Yönetim Toplantıları	343
D. İç Kontrol Sisteminin Oluşturulması.....	344
D. DEĞERLENDİRME	347
1. Sağlık Göstergelerindeki İyileşmeler	349
A. Doğumda Beklenen Yaşam Süresi	349
B. Bebek Ölüm Hızı	350
C. Anne Ölüm Hızı	351
D. Rutin Aşılama Hızı.....	352
E. Kızamık	353
F. Sıtma.....	354
G. Tüberküloz.....	355

H. Tifo.....	356
I. AIDS.....	357
2. Vatandaşı Finansal Riskten Koruma	358
3. Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet.....	360
4. Sağlık Sisteminin Finansal Sürdürülebilirliği.....	365
SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI'NIN ULUSLARARASI YANSIMALARI	369
1. Raporlar	371
2. Makaleler	401
3. Mektuplar	409
SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI'NIN KRONOLOJİSİ.....	419
SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM DEVAM EDİYOR	431
1. Yeni Ufuklara Doğru	433
2. Sağlık Bakanlığı Stratejik Planı (2013-2017).....	434
KAYNAKLAR	439

TÜRKİYE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI



DEĞERLENDİRME RAPORU YÖNETİCİ ÖZETİ

Türkiye’de Genel Demografik Göstergeler

Son 20 yılda kırsal nüfusda azalma ve 65 yaş üstü nüfusta artışla birlikte doğurganlık hızında 2,1 azalma dikkati çekmektedir.

	1990	2000	2010	2011
Toplam Nüfus	56.473.035	67.803.927	73.722.988	74.724.269
Kırsal Nüfus Oranı (%)	48,7	40,8	29,0	28,2
Kentsel Nüfus Oranı (%)	51,3	59,2	71,0	71,8
0-14 Yaş Nüfus Oranı (%)	35,0	29,8	25,6	25,3
65 Yaş ve Üzeri Nüfus Oranı (%)	4,3	5,7	7,2	7,3
Genç Bağımlılık Oranı (0-14 Yaş)	57,6	46,3	38,1	37,5
Yaşlı Bağımlılık Oranı (65 + Yaş)	7,0	8,8	10,8	10,9
Toplam Yaş Bağımlılık Oranı	64,7	55,1	48,9	48,4
Yıllık Nüfus Artış Hızı (‰)	17,0	13,8	13,0	12,8
Kaba Doğum Hızı (‰)	24,1	20,3	17,5	17,3
Kaba Ölüm Hızı (‰)	7,1	6,6	6,3	6,3
Toplam Doğurganlık Hızı (Kadın Başına)	2,9	2,4	2,1	2,1

Türkiye’nin Düünden Bugüne Sağlık Politikaları

Ülkemizde uygulanan sağlık politikalarını genel olarak altı dönemde incelemek mümkündür.

1920-1923 : Savaş sonrası yapılanma.

1923-1946 : Temel mevzuatın geliştirildiği “dikey örgütlenme” dönemi (Dr. Refik Saydam).

1946-1960 : Kurum sayılarının artırıldığı ve merkezden yönetimin başladığı; tıp meslekleri kanunlarının oluşturulduğu dönem (Dr. Behçet Uz).

1960-1980 : Sağlık evleri, sağlık ocakları, ilçe ve il hastaneleri şeklinde yapılanma dönemi (Sosyalizasyon).

1980-2002 : Teorik reform çalışmalarının yapıldığı dönem.

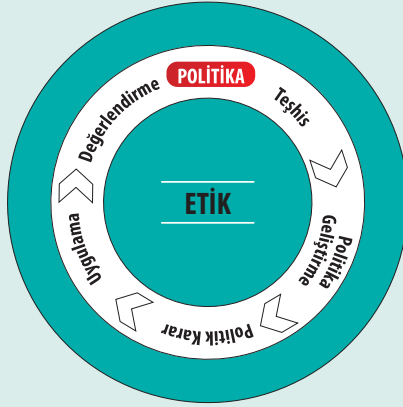
2003-2011 : “Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı” dönemi.

Sağlıkta Dönüşüm Programları Nasıl Tasarlanır ve Uygulanır

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre bir ülkenin sağlık sistemi, herkese gerekli olan sağlık hizmetinin yüksek kalitede verilmesini sağlayacak şekilde tasarlanmalıdır. Bu hizmet etkili, karşılanabilir maliyette ve toplumca kabul gören tarzda olmalıdır. Her ülkenin bu faktörleri göz önünde tutarak kendi özgün sağlık sistemini geliştirmesi önerilmektedir. Bu özgün sistem kurulurken her ülke kendi daimi dönüşüm sürecini de başlatmak zorundadır.

Programın politik ve metodolojik hazırlıkları yapılırken sağlık politikalarının değişim sürecinin sağlıklı işlenmesini sağlayacak aşamalı ve süreklilik arz eden bir politika döngüsü tasarlanmaktadır. Buna göre önce sorunlar tanımlanmakta, bu sorunlara zemin oluşturan şartlar analiz edilmekte, sorunu çözmeye yönelik politikalar geliştirilmekte, bu politikaları hayata geçirecek politik kararlar verilmekte ve ardından bu kararlar uygulanmaktadır. Devamında, çizilen etik çerçeve içinde yürütülen bu politikaların sonuçları değerlendirilir.

Dönüşüm süreci aşağıdaki döngü ile tanımlanabilir:



Sağlıkta Politika Çemberi

Sağlık Reformunu Doğru Yapmak: M. Roberts ve arkadaşları, 2004 (modifiye edilerek alınmıştır).

Sağlıkta politika çemberine uygun bir şekilde sağlık sektörünün beş kontrol düğmesi (finansman, ödeme, organizasyon, düzenleme, davranış) kullanılarak dönüşüm programı oluşturulur ve uygulanır.

Beş kontrol düğmesi, dönüşüm programcılarının sistem performansını geliştirmek için ayarlaması gereken mekanizmaları ve süreçleri kapsamaktadır.

A - Teşhis

A-1 Finansman:

Sağlık finansmanı çoklu ve parçalı yapıdaydı. Sigortalı vatandaşların bile çoğu hizmete ulaşamıyordu.

A-2 Ödeme:

Çalışanlara verdikleri hizmetin niteliği ve niceliği aranmaksızın sabit ancak yetersiz ödeme uygulanıyordu. Kamuda çalışan doktorlara yeterli para ödenmezken bunun yerine ikili çalışma ile aynı anda "özel" çalışmaya müsaade ediliyordu. Özel sektörden vatandaşın işini kolaylaştıran, yeterli bir hizmet alımı yoktu. Kayıt dışılık, israf, uzun bekleme süreleri ve gereksiz sevkler ve yaygındı.

A-3 Organizasyon:

Acil hizmetlerde aksamalar, koruyucu hizmetlerde yetersizlik, bazı bölgelerde yüksek hizmet açığı ve dengesizlikler vardı. Yaygın muayenehanecilik (cepten para ödeme zarureti), bakımsız hastaneler ve yaygın koğuş tipi odalar ve tıbbi cihaz fakirliği mevcuttu.

A-4 Düzenleme:

Kamu sağlık hizmet sunumu parçalı yapıdaydı. Sağlık hizmetleri piyasa şartlarına terk edilmişti. Sağlık hizmet sunumunda aşırı bürokratik süreçler vardı. Atama ve nakillerde kuralsızlık ve dengesiz dağılım vardı. İlaç fiyatları hep artış öngören bir şekilde belirleniyordu.

A-5 Davranış:

Çalışanların motivasyon eksikliği vardı. Hastalar, muayene olmada çoğunlukla hastaneyi tercih ediyordu. Sağlıklı hayat için davranış değişikliği programları yoktu. Hasta uyumuna yönelik programlar (Doğrudan Gözetim ve Tedavi vb.) yeterli değildi. Hastaların hakkını koruyacak kurumsal yapılar mevcut değildi. Kamudan hizmet alırken hekim seçme hakkı yoktu.

B - Politika Geliştirme ve Politik Karar

B-1 Finansman

Koruyucu ve temel sağlık hizmetleri bütçesini artırdık. Birinci basamak sağlık hizmetlerini ve 112 Acil hizmetlerini ücretsiz hale getirdik.

Hastanelerde rehin kalmaya son verdik. Kamu hastanelerini tek çatı altında birleştirdik. Vatandaşlarımızın sağlık sigortalarıyla özel hastanelerden hizmet almasını sağladık. Acil ve yoğun bakım tedavilerini tüm hastanelerde ücretsiz hale getirdik. Yoksul vatandaşlarımızın, kamu sağlık hizmetlerinden bütünüyle faydalanabilmesini sağladık. Tüm hastanelerimizde performans esaslı bütçeleme uygulayarak hedef odaklı yönetime geçtik.

İlaçta “Referans Fiyat Sistemi” uygulamasına geçtik. Hastanelerin, yatan hastalar için ilaç ve tıbbi malzemeleri ücretsiz sağlaması uygulamasına başladık. SSK’lı ve Yeşil Kartlı vatandaşlarımızın diğer vatandaşlarımız gibi serbest eczanelerden ilaç alabilmelerini sağladık.

Ekonomi Koordinasyon Kurulu ile sağlık finansmanı ile ilgili birimler arasında uyum ve koordinasyonu tesis ettik. Sağlık hizmetlerinin finansmanında “Global Bütçe Modelini” geliştirdik. 18 yaşın altındaki tüm nüfusun ve eğitim görenlerin Genel Sağlık Sigortası kapsamına alınmasını sağladık. SSK’lı ve BAĞ-KUR’luların sağlık hizmeti alabilmesi için prim ödeme süresini 30 güne indirdik.

B-2 Ödeme

Aile hekimliğinde, kayıtlı kişi başına ödeme modelini uygulamaya koyduk.

Performansa dayalı ek ödeme sistemi ile kamuda tam zamanlı çalışmayı teşvik ettik. Hastane yöneticilerini kapsayan “yönetici performansı” uygulamasına başladık.

İlaçta tek geri ödeme komisyonu kurduk.

B-3 Organizasyon

Aile hekimliği ile birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirdik. Ücretsiz gezici sağlık hizmetlerini tüm kırsala yaygınlaştırdık. Avrupa’nın en büyük Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi’ni (UMKE) kurduk. 112 Acil hizmetlerini kara, hava, deniz ambulansları ile donatarak yurdun her köşesinde hizmet verebilir hale getirdik. Her ile en az bir Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi (ADSM) açtık. Tüm illerimizde ücretsiz kanser taraması yapan merkezler (KETEM) kurduk.

Bakanlığımıza bağlı tüm hastanelerde her hekime bir muayene odası prensibini getirdik. Hastanelerde koğuş sisteminden banyosu tuvaleti içinde olan oda sistemine yani nitelikli oda sistemine geçtik. Sağlık-Net uygulamasını başlattık. Modern tıbbın hizmetine giren son teknoloji cihazları birçok gelişmiş ülkeyle aynı zamanda vatandaşlarımızın hizmetine sunduk. Hastanelerimizin yoğun bakım, yanık ve yenidoğan kapasitelerini artırdık.

Mobil eczane uygulamasını başlattık.

Hizmet alımı yoluyla tüm sağlık tesislerinin verimliliğini artırdık.

663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Bakanlığımızı yeniden yapılandırdık.

B-4 Düzenleme

Aşılama programına dünyanın en gelişmiş aşılarını dâhil ettik. Sigara ve tütün ürünleri kullanımına ilişkin yeni düzenlemeler getirdik.

“Merkezi Hastane Randevu Sistemi” uygulamasına başladık. Güvenli kan ve kan ürünlerine kolay erişimi sağladık. “Ulusal Organ Nakli Bekleme Sistemi” kurduk. Bakanlığımıza bağlı tüm hastanelerde “Hasta Hakları Birimi” kurduk ve hekim seçme hakkı getirdik.

İlacı geçtiği her aşamada izleyen İlaç Takip Sistemi (İTS) kurduk. Akılcı ilaç kullanımı stratejilerini uygulamaya koyuyoruz.

Devlet Hizmet Yükümlülüğü düzenlemesi ile sağlık personelinin ülke genelinde dengeli dağılımını sağladık. Personel istihdam ve nakillerine şeffaflık ve hakkaniyet getirdik. Bakanlık taşra teşkilatlarına birçok yetkiyi devrettik. ALO SABİM 184 çağrı hattını hayata geçirdik. İnternet üzerinden sağlık yönetimi eğitimlerine başladık.

663 Kanun Hükmünde Kararname kapsamında; sözleşmeli uzman çalıştırılmasına, ileri teknolojiye yönelik yerli sanayiye teşvik ile yurtdışından teknoloji transferine ve off-set uygulamalarına, sağlık serbest bölgeleri ve yurtdışı sağlık hizmet birimleri kurulabilmesine imkân sağladık.

“Tam Gün Kanunu” ile hekimlerin hastanelerde tam gün çalışmasını sağlayarak vatandaşlarımızın özel muayenehanelere gitme mecburiyetini büyük ölçüde azalttık.

B-5 Davranış

Kronik hastalıklarla ilgili mücadele programları ile entegre “Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Programı”nı başlattık. “Dumansız Hava Sahası” uygulamasını başlattık. Çocuk sağlığını ilgilendiren çağdaş tarama programlarını, misafir anne projesi ve şartlı nakit yardımını başlattık. ALO SABİM 184 ile 7/24 kesintisiz olarak vatandaşların taleplerini doğrudan Bakanlığa iletebilmesini sağladık. Sağlıkta şiddete karşı politikalar geliştirdik. İlaç prospektüslerini sade ve anlaşılabilir hale getirdik.

C - Uygulama

C-1 Koruyucu ve Temel Sağlık Hizmetleri

2002 yılında 928 milyon TL olan koruyucu ve temel sağlık hizmetleri bütçesi, 2011 yılında 6 milyar 425 milyon TL'ye ulaştı. Böylece 2011 yılı fiyatlarıyla (reel olarak) koruyucu ve temel sağlık hizmetlerine ayrılan kaynak 2002 yılına göre yaklaşık 2,7 katına çıktı.

Aile Hekimliği uygulamasını başlattık.

İhtiyacı olan hamileler için “misafir anne” projesini başlattık.

Ağır ruhsal bozukluğu olan hastaların takip ve tedavilerini gerektiğinde yaşadıkları ortamda yapacak “toplum temelli” ruh sağlığı modeline geçtik.

Kronik hastalıklara bağlı olarak sağlığın bozulmasını ve erken ölümleri önlemek için kapsamlı programlar hayata geçirdik. Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı, Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı, Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıklarını (Astım-KOAH) Önleme ve Kontrol Programı, Türkiye Obezite ile Mücadele Programı ve Ulusal Eylem Planı, Tütünle Mücadele, Ulusal Kanser Kontrol Programı, Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı gibi entegre programları uygulamaya koyduk.

Anne ve bebek sağlığı hizmetlerini yaygınlaştırdık ve güçlendirdik.

Ülke genelinde yenidoğan tarama programlarını yaygınlaştırdık ve genişlettik.

Tarama ve Destek Programları

	Ulaşılan Hedef Nüfus (%)		
	1994	2002	2011
Yenidoğan Fenilketonüri Taraması	21	59	97
Yenidoğan İşitme Taraması	0	0	75
Yenidoğan Hipotiroidi Taraması	0	0	97
Yenidoğan Biyotinidaz Taraması	0	0	97
Bebeklere Ücretsiz D Vitamini Desteği	0	0	96
Bebeklere Ücretsiz Demir Desteği	0	0	96
Hamilelere Ücretsiz Demir Desteği	0	0	96

Aşılama programına dünyanın en gelişmiş aşılarını ilave ettik, aşılama oranlarımızı artırdık.

Aşı Antijenleri

	1994	2002	2011
Çocukluk Döneminde Rutin Uyguladığımız Aşılar	BCG	BCG	BCG
	Difteri	Difteri	Difteri
	Boğmaca	Boğmaca	Aselüler Boğmaca
	Tetanoz	Tetanoz	Tetanoz
	Oral Polio	Oral Polio	Polio
	Kızamık	Kızamık	Hemofilus influenza tip B
			Kızamık
		Hepatit B	Kızamıkçık
			Kabakulak
			Hepatit B
			Konjuge pnömokok
	(6 antijen)	(7 antijen)	(11 antijen)

Beşli Kombine Aşı

Üçlü Kombine Aşı

Aşılama Oranları (%)

	1994	2002	2011
Türkiye Aşılama Oranı(%)	81	78	97
DSÖ Avrupa Bölgesi Aşılama Oranı	89	94	94

Yalnızca şehirlerde değil, köylerde de “112 Acil Sağlık” hizmeti sunulmaya başladık, istasyon sayısını artırıp ambulanslarımızı en son teknolojilerle donattık.

SB 112 Acil Sağlık Hizmetleri			
	1994	2002	2011
Ambulans	33	618	2.766
Ambulans Helikopter	0	0	19
Ambulans Uçak	0	0	2
Deniz Ambulansı	0	0	4
Kar Paletli Ambulans	0	0	224
Motosikletli Acil Müdahale Ekibi	0	0	52
Hizmet Alabilen Kırsal Nüfus (%)	0	20	100
Taşınan Vaka	24.000	350.000	2.700.000

81 ilimizde özel eğitilmiş 4.847 sağlık personeli ile Avrupa'nın en büyük medikal kurtarma ekibini kurduk.

2002 yılında 14 olan Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi sayısını 117'ye; 1 olan diş hastanesi sayısını ise 5'e çıkardık.

SB Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri			
	1994	2002	2011
Diş Hekimi Sayısı	2.636	3.211	7.093
Diş Dolgu Sayısı (bin)	209	371	8.334
Diş Sabit Protez Sayısı (bin)	97	349	5.576

C-2 Teşhis ve Tedavi Hizmetleri

Sağlıkta dönüşüm ile vatandaşlarımızın sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırdık. 2002 yılında kişi başı hekime müracaat sayısı 3,2 iken 2011 yılında 8,2'ye çıktı.

Hekime Müracaat Sayıları (milyon)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Sağlık Ocağı	69,1	79,2	82,2	105,5	121,1	146,1	121,4	123,9	84,6	-
Aile Hekimliği	-	-	-	-	-	-	45,1	65,7	109,0	240,3
Verem Savaşı Dispanseri	2,0	2,3	2,4	3,1	3,0	2,8	2,8	2,6	2,4	2,2
Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi	3,0	3,5	4,2	5,3	4,6	6,0	5,8	5,7	3,8	0,9
Özel Poliklinikler	0,7	0,9	0,9	1,3	1,4	1,8	2,1	2,4	2,5	0,9
Birinci Basamak Toplamı	74,8	85,8	89,6	115,1	130,2	156,8	177,3	200,2	202,3	244,3
Özel Tıp ve Dal Merkezleri	9,8	11,5	12,0	16,8	19,3	24,3	27,9	32,1	33,8	29,0
Hastaneler	124,3	129,6	152,8	187,2	217,5	249,1	273,7	295,3	303,0	337,9
2. ve 3. Basamak Toplamı	134,1	141,2	164,9	204,0	236,9	273,4	301,6	327,3	336,8	366,9
Genel Toplam	209,0	227,0	254,5	319,2	367,0	430,2	478,9	527,6	539,1	611,2

Ameliyat Sayıları (bin)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Sağlık Bakanlığı	1.072	1.130	1.442	1.690	1.985	2.217	2.464	1.830	2.039	2.209
Üniversite	307	326	375	452	508	560	638	547	577	617
Özel	219	237	260	393	580	787	1.087	1.131	1.215	1.374
Toplam	1.598	1.693	2.078	2.535	3.073	3.565	4.189	3.508	3.831	4.201

2002 yılında Bakanlık hastanelerine müracaat edenlerin %0,97'si, üniversite hastanelerine müracaat edenlerin ise %3,5'i ameliyat oldu. Bu rakam 2011 yılında Bakanlık hastaneleri için %0,86'ya, üniversite hastaneleri için %2,5'e geriledi.

Sağlık Bakanlığı'nın tüm hastanelerinde tam otomasyona geçtik.

Hizmet alımı yoluyla verimliliği artırdık.

Merkezi Hastane Randevu Sistemi uygulamasına başladık. Vatandaşlarımız 182 Çağrı Merkezini arayarak doğrudan karşılayıcı kişilerden istedikleri Sağlık Bakanlığı hastanesi ve hekimi için randevu almaktadır.

"Evde Sağlık Hizmeti" uygulamasına başladık. Yatağa bağımlı hastaların evde yapılabilecek tıbbî bakım ve rehabilitasyonlarını ev ortamında gerçekleştiriyoruz.

Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde kamu hastanelerini teknolojik olarak yeniledik ve kapasitelerini artırdık. Modern tıbbın hizmetine giren son teknoloji cihazları birçok gelişmiş ülkeyle aynı zamanda vatandaşlarımızın hizmetine sunduk.

SB Teşhis ve Tedavi Hizmetleri

	1994	2002	2011
Toplam Yatak	103.000	107.394	121.297
Yoğun Bakım Yatağı	209	869	9.581
Yanık Yatağı	21	35	367
Nitelikli Yatak Sayısı / (%)	5.584 / (%5)	6.839 / (%6)	38.272 / (%31)
USG	226	495	2.125
Bilgisayarlı Tomografi	35	121	446
MR	1	18	273
Diyaliz	769	1.510	4.481

C-3 İlaç ve Eczacılık

İlaç fiyatlarını ucuzlattık. İlaç fiyatlarını Avrupa'da mevcut en düşük düzeylere çektik, bine yakın üründe %1 ilâ %80 arasında değişen fiyat düşüşleri gerçekleştirdik. 2004 - 2011 yılları arasında 250 kez fiyat düşüşü sağladık.

İlaçta tek geri ödeme komisyonu oluşturduk. İlaçta Referans Fiyat Sistemi'ne geçtik.

2011 yılında tüketilen ilaç kutu sayısı 2002 yılına göre %146 artarak 1 milyar 720 milyon kutu oldu. Aynı dönemde kamunun ilaç harcaması ise 2011 yılı fiyatlarıyla 13 milyar 430 milyon TL'den 15 milyar 865 milyon TL'ye çıktı ve sadece %18 arttı. İlaçta sağlanan bu tasarrufu gibi vatandaşımızın ilaca erişimini kolaylaştırmada kullandık.

C-4 Kurumsal Yapılanma ve Kapasite Geliştirme

Bağlı kamu sağlık kuruluşlarımızda 2002 yılında hizmet alımı dahil 256 bin olan çalışan sayısını 2011 yılı sonunda 482 bine ulaştırdık. Yani 226 bin kişilik net artış sağladık. 1994 -2002 yılları arasındaki dokuz yılda net artış ise sadece 21 bin idi. Bir başka ifade ile son dokuz yılda oluşturduğumuz istihdam önceki dokuz yılın 11 katıdır.

Uzman hekim başına düşen nüfusun en fazla olduğu il ile en az olduğu il arasındaki oran Aralık 2002'de 1/14 iken bunu Aralık 2011'de 1/2,7'ye düşürdük. Aynı oranı pratisyen hekim için 1/9'dan 1/2,3'e, diş hekimleri için 1/8,5' ten 1/4,5' e, hemşire-ebe için ise 1/8' den 1/4'e düşürdük.

Sağlık yatırımlarında çok büyük ilerlemeler kaydettik. 1923-2002 yılları arasında 7 milyon m²'lik kapalı alan yapılmışken son 9 yılda 5,3 milyon m²'lik kapalı alan yaptık.

Son dokuz yılda 554'ü hastane ve ek binası, 1.467'si birinci basamak sağlık kuruluşu olmak üzere 2.021 sağlık tesisini tamamlayarak halkımızın hizmetine sunduk.

SB Sağlık Yatırımları		
	1994 - 2002	2003 - 2011
Hastane ve Yeni Bina	291	554
Birinci Basamak Sağlık Tesisi	647	1.467
Toplam	938	2.021

D - Değerlendirme

D-1 Sağlık Göstergelerindeki İyileşmeler

Türkiye, DSÖ tarafından yapılan sınıflamada orta-üst gelir grubu ülkeleri arasında olmasına rağmen ulaştığı sağlık göstergeleri üst gelir grubu ülkelerle karşılaştırılacak haldedir.

Doğumda Beklenen Yaşam Süresi

Dünya Sağlık Örgütü en önemli sağlık göstergesi olarak doğumda beklenen yaşam süresini almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, 1998 yılı raporunda Türkiye için doğumda beklenen yaşam süresinin 2025 yılında 75 yıl olacağını tahmin etmişti. Bu rakama 2009 yılında ulaştık.

Orta-üst gelir grubu ülkelerde doğumda beklenen yaşam süresi 2009 yılında 71'dir. 2000-2009 yılları arasında beklenen yaşam süresinde kazanılan yıl, orta-üst gelir grubu ülkelerde 2 iken bu rakam Türkiye için 5'tir.

Bebek Ölüm Hızı

DSÖ 1998 yılı raporunda Türkiye’de bebek ölüm hızı 2025 yılı için binde 16 tahmin edilmişti. 2002 yılında binde 31,5 olan bebek ölüm hızımız, 2011 yılında binde 7,7 olarak gerçekleşti.

Orta-üst gelir grubu ülkelerde bebek ölüm hızı binde 16’dır. 2000-2010 yılları arasında bebek ölüm hızında değişim oranı orta-üst gelir grubu ülkelerde %40,7 iken bu oran Türkiye için %76,7’dir.

Anne Ölüm Oranı

2002 yılında yüz binde 64,0 olan anne ölüm oranını 2011 yılında yüz binde 15,5 düşürdük.

Orta-üst gelir grubu ülkelerde anne ölüm oranı yüz binde 53’tür. 2000-2010 yılları arasında anne ölüm oranında değişim oranı orta-üst gelir grubu ülkelerde %30,3 iken bu oran Türkiye için %76,9’dir.

Rutin Aşılama Oranı

Aşılama programına dünyanın en gelişmiş aşılarını ilave ettik, aşılama oranlarımızı artırdık. 2002 yılında DSÖ Avrupa Bölgesi aşılama oranı %93 iken Türkiye’nin bu oranı %78 idi. 2011 yılında DSÖ Avrupa Bölgesi bu oranı %96 çıkarırken Türkiye’de bu oran %97’ye ulaştı.

Kızamık

2002 yılında Avrupa Birliği’nin kızamık insidansı yüz binde 6 iken Türkiye’nin insidansı yüz binde 11,1 idi. 2011 yılında Avrupa Birliği’nin kızamık insidansı 6,2 iken ülkemizin insidansı sıfırdır.

2008 yılından beri ülkemizde yerli kızamık vakası görülüyor. Kızamığın Avrupa’da elimine edilmesinin ilanı için diğer ülkeleri bekliyoruz.

Sıtma

2002 yılında Türkiye, DSÖ Avrupa Bölgesi’nin 4 katı sıtma insidansına sahipti (Türkiye: yüz binde 14,7; DSÖ Avrupa Bölgesi: yüz binde 3,9). 2010 yılından itibaren sıtma vaka sayısını sıfıra düşürdük. Sıtma hastalığında eliminasyon dönemine girmiş bulunuyoruz.

Tüberküloz

Türkiye'nin tüberküloz insidans hızı, 2002 yılında yüz binde 33 iken 2011 yılında yüz binde 24'dür. Yani tüberküloz insidansını %27 düşürdük.

DSÖ tarafından 2015 için ortaya konulan hedeflere 2005 yılından itibaren ulaştık ve üzerine çıktık.

Tifo

2002 yılında 24 bini aşkın tifo vakası görürken 2011 yılında sadece 26 vaka tespit ettik.

D-2 Vatandaşı Finansal Riskten Koruma

Acil ve yoğun bakım tedavilerini kamu ve özel tüm hastanelerde ücretsiz vermeye başladık. Özel hastanelerde de yanık, kanser, yenidoğan, organ nakilleri, doğumsal anomaliler, diyaliz ve kalp damar cerrahisi işlemlerinden ilave ücret alınmamasını sağladık. Vatandaşımızın sağlık hizmetine erişimini koruma altına aldık.

2002 yılında kişi başı cepten yapılan sağlık harcamasının toplam sağlık harcamalarına oranı %19,8 iken 2011 yılında %10,7'ye düşürdük.

D-3 Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet

2003 yılında Avrupa Birliği'nde sağlık hizmetlerinden memnuniyet % 62 iken ülkemizde bu oran % 39,5 idi. 2011 yılında sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranını % 76'ya çıkardık. 2011 yılında Avrupa Birliği'nde sağlık hizmetlerinden memnuniyet % 62'de kaldı.

Kamu sağlık harcaması ülkemize benzeyen Romanya'da sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı Türkiye'nin 1/6'sı iken sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı ülkemizle aynı olan Danimarka'nın kamu sağlık harcaması Türkiye'nin 5 katıdır.

D-4 Sağlık Sisteminin Finansal Sürdürülebilirliği

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile verimliliği artırdık ve finansal sürdürülebilirliği sağladık. 2003-2011 yılları arasında faiz dışı genel kamu harcamalarındaki artış %92 iken kamu sağlık harcamalarındaki artış %74'tür.



OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri, Türkiye (sayfa, 107)

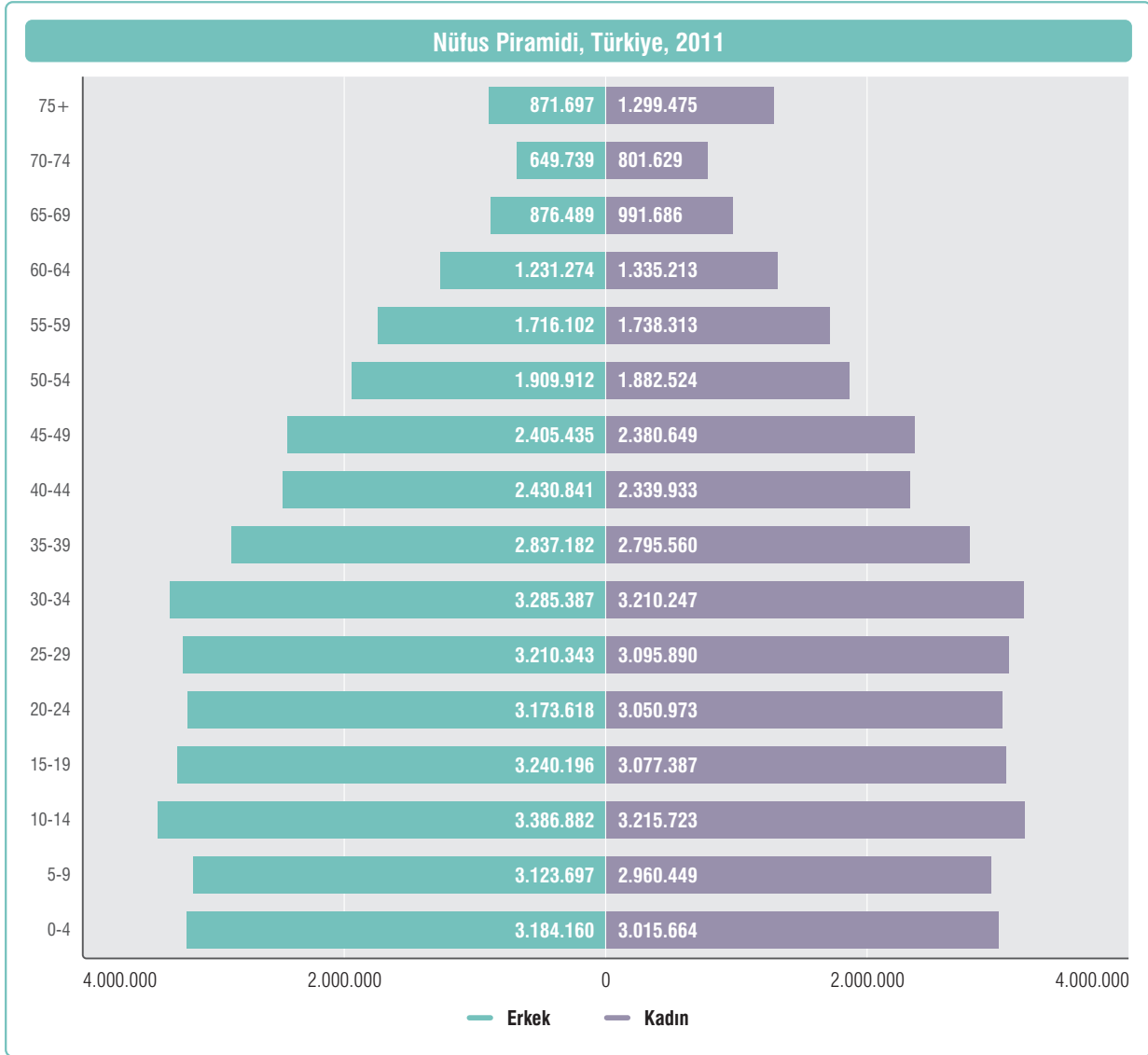
Yayın Yılı: 2008

Yayımlayan Kuruluş: OECD, Dünya Bankası

“Sağlıkta Dönüşüm Programı, 2003 öncesi sağlık sisteminin zayıf yönlerini bertaraf edip güçlü yönleriyle reform yapmayı amaçlayan bir “ders kitabı” mahiyetindedir.”



GENEL DEMOGRAFİK GÖSTERGELER



Grafik 1
Kaynak: TÜİK

5-9 yaş grubu, 10-14 yaş grubundan belirgin şekilde daha azdır. Bu durum, doğurganlık seviyesinin azaldığına işaret etmektedir. Nüfus piramidi ileri yaşlara doğru yavaş olarak daralmaktadır. Bu durum ülkemizde sadece ileri yaş gruplarında değil, tüm yaş gruplarında ölüm hızlarının düştüğünü göstermektedir.



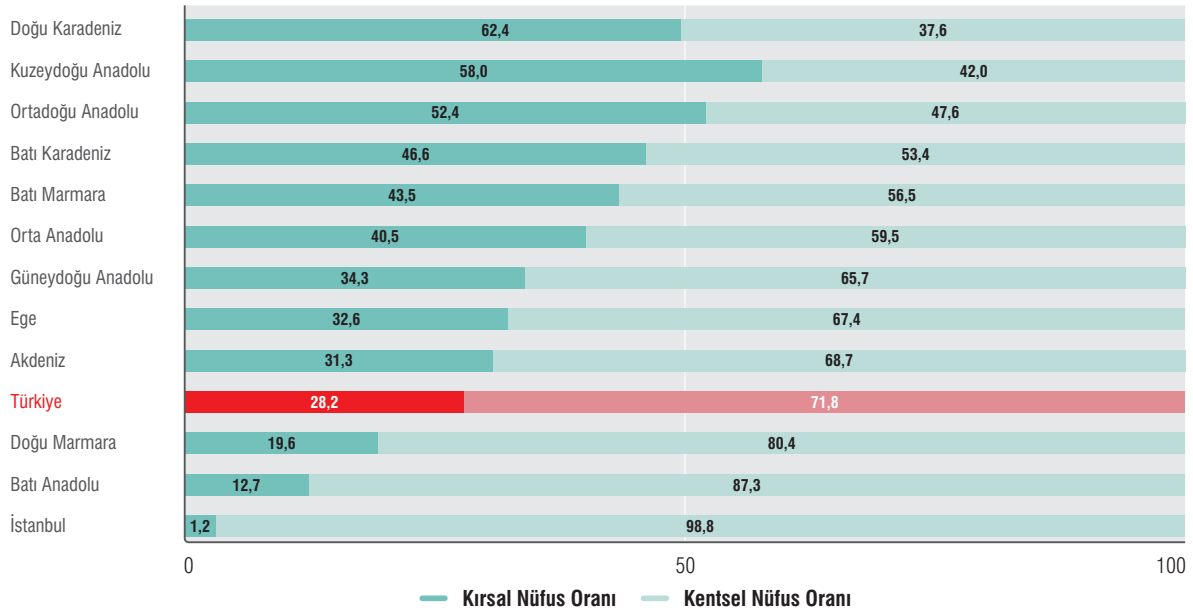
Tablo 1. Genel Demografik Göstergeler, Türkiye

	1990	2000	2010	2011
Toplam Nüfus	56.473.035	67.803.927	73.722.988	74.724.269
Kırsal Nüfus Oranı (%)	48,7	40,8	29,0	28,2
Kentsel Nüfus Oranı (%)	51,3	59,2	71,0	71,8
0-14 Yaş Nüfus Oranı (%)	35,0	29,8	25,6	25,3
65 Yaş ve Üzeri Nüfus Oranı (%)	4,3	5,7	7,2	7,3
Genç Bağımlılık Oranı (0-14 Yaş)	57,6	46,3	38,1	37,5
Yaşlı Bağımlılık Oranı (65 + Yaş)	7,0	8,8	10,8	10,9
Toplam Yaş Bağımlılık Oranı	64,7	55,1	48,9	48,4
Yıllık Nüfus Artış Hızı (‰)	17,0	13,8	13,0	12,8
Kaba Doğum Hızı (‰)	24,1	20,3	17,5	17,3
Kaba Ölüm Hızı (‰)	7,1	6,6	6,3	6,3
Toplam Doğurganlık Hızı (Kadın Başına)	2,9	2,4	2,1	2,1

Kaynak: TÜİK

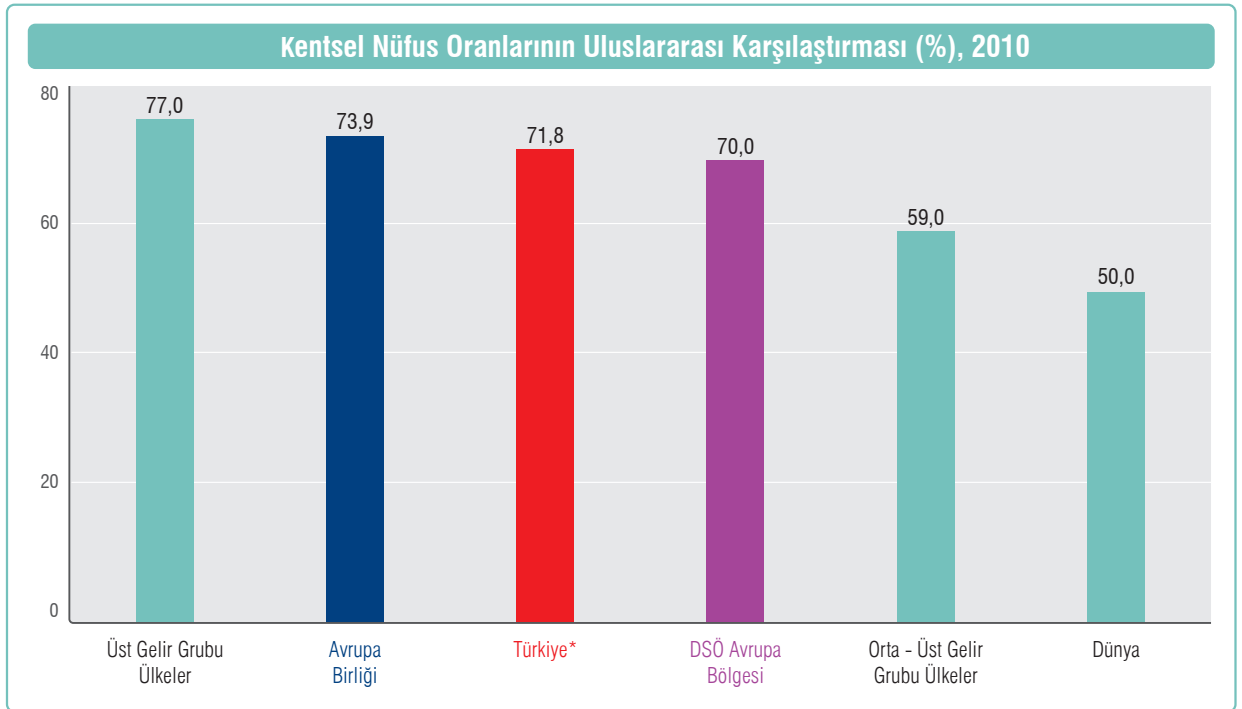


Türkiye’de Kırsal ve Kentsel Nüfus Oranları (%), 2011



Grafik 2
Kaynak: TÜİK

Türkiye'nin bölgelere göre kırsal ve kentsel nüfus oranları incelendiğinde heterojen dağılım dikkat çekmektedir. İstanbul, Batı Anadolu ve Doğu Marmara bölgelerinde Türkiye ortalamasının üzerinde kentsel nüfus yoğunluğu vardır. Doğu, Kuzeydoğu ve Ortadoğu Anadolu başta olmak üzere diğer bölgelerde ise Türkiye ortalamasının üzerinde kırsal nüfus yoğunluğu vardır.



Grafik 3

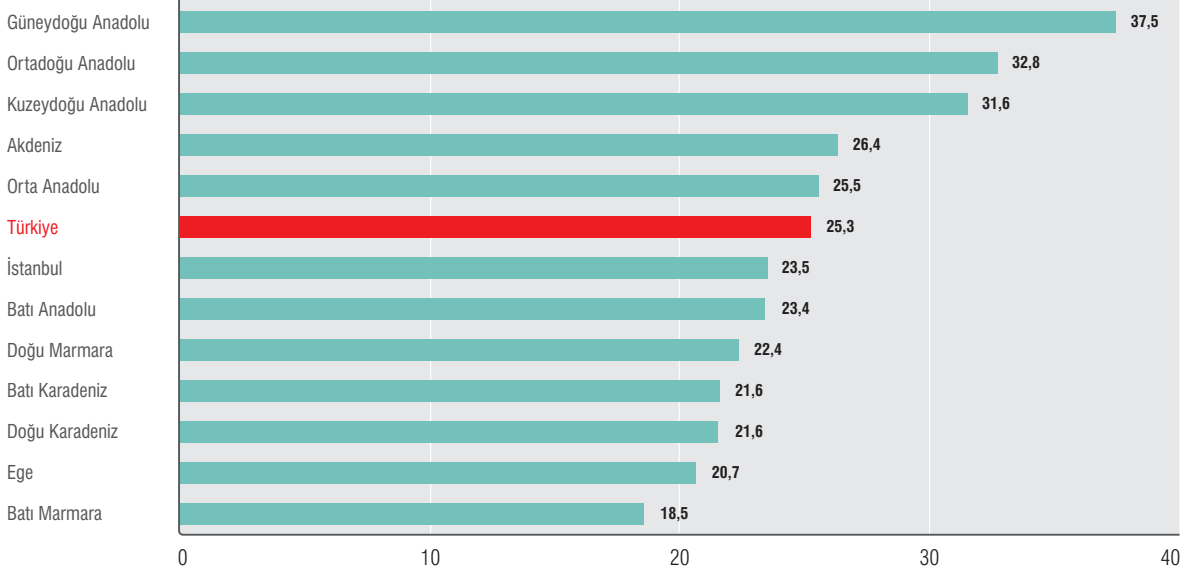
Kaynak: TÜİK, World Health Statistics 2012

* Türkiye verisi 2011 yılına aittir.

Türkiye'nin kentsel nüfusunun oranı orta-üst gelir grubu ülkelerden çok yüksek olup Avrupa Birliği'ne yakındır.

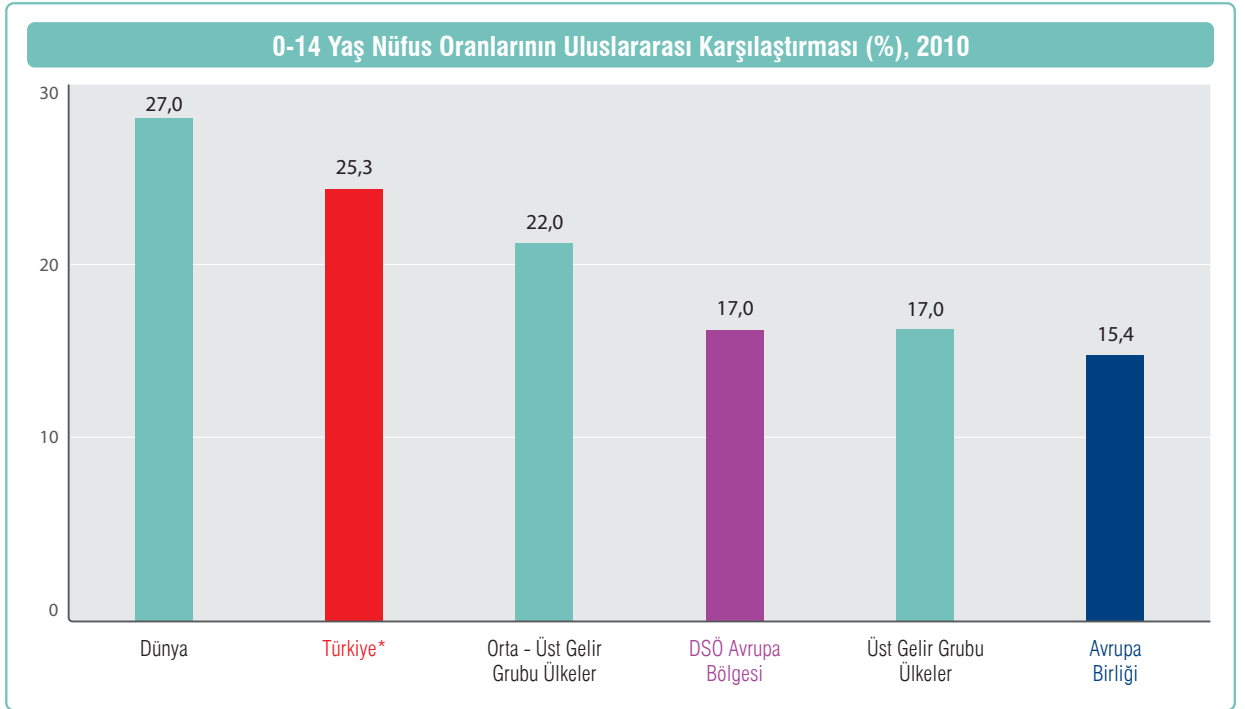


Türkiye’de 0-14 Yaş Nüfus Oranları (%), 2011



Grafik 4
Kaynak: TÜİK

Güneydoğu Anadolu bölgesi Türkiye’de en yüksek çocuk nüfusuna sahip bölgemizdir. Çocuk nüfus oranı en düşük olduğu bölgemiz Batı Marmara’dır.



Grafik 5

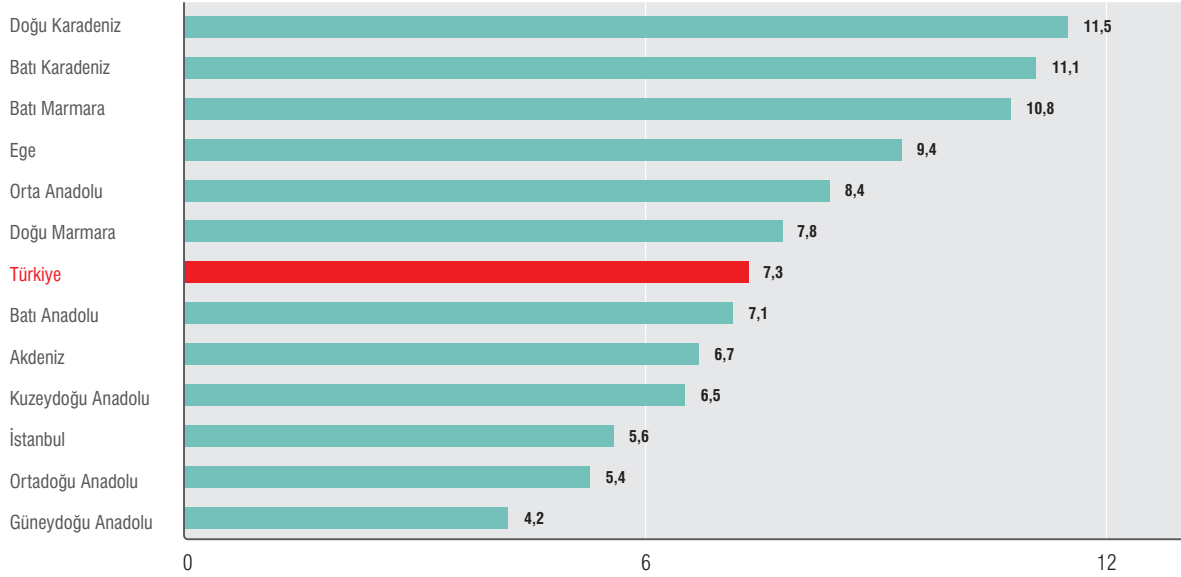
Kaynak : TÜİK, World Health Statistics 2012

* Türkiye verisi 2011 yılına aittir.

Türkiye'de çocuk nüfus oranı hem orta-üst gelir grubu ülkeleri hem de üst gelir grubu ülkelerden daha yüksektir.

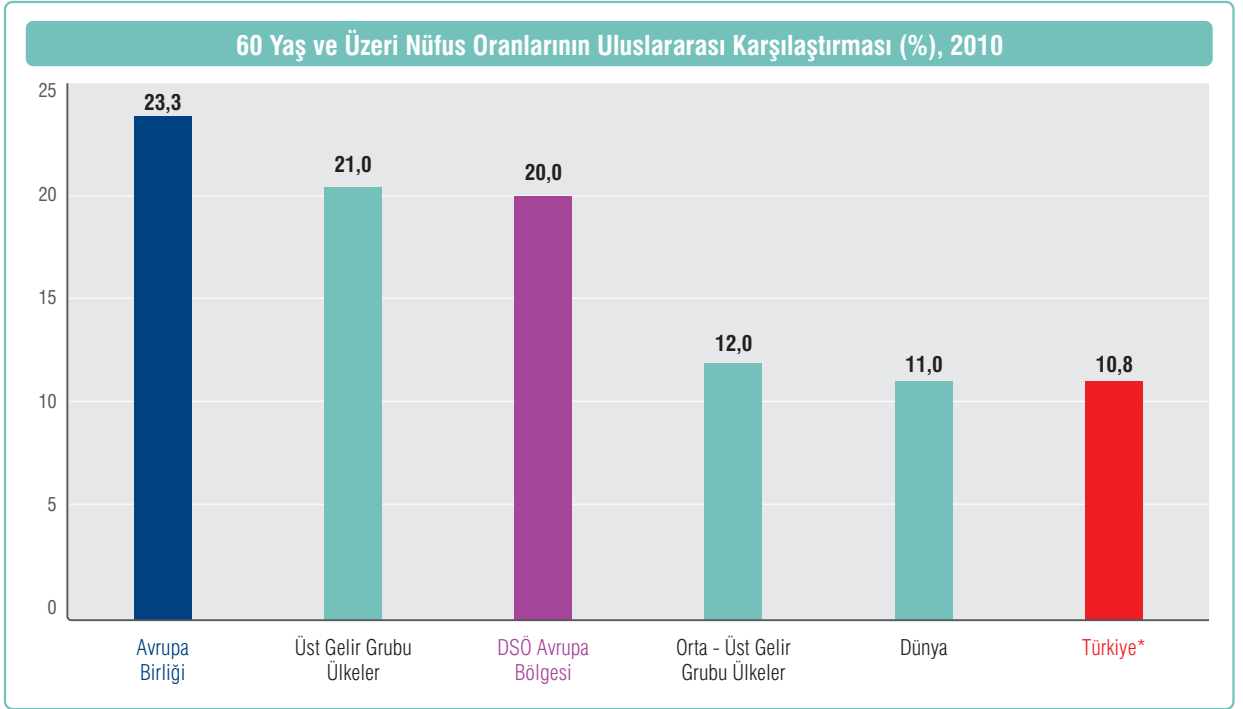


Türkiye'de 65 Yaş ve Üzeri Nüfus Oranları (%), 2011



Grafik 6
Kaynak: TÜİK

Doğu Karadeniz bölgesi Türkiye'de en yüksek yaşlı nüfusuna sahip bölgemizdir. Yaşlı nüfus oranı en düşük olduğu bölgemiz Güneydoğu Anadolu'dur.



Grafik 7

Kaynak: TÜİK, World Health Statistics 2012

* Türkiye verisi 2011 yılına aittir.

Türkiye'de yaşlı nüfus oranı orta-üst gelir grubu ülkeleri düzeyindedir.



DÜNDEN BUGÜNE SAĞLIK POLİTİKALARIMIZ



Geçmişten günümüze sağlık politikalarımız incelendiğinde Selçuklu-Osmanlı tıp geleneğinin sürekliliği yanında, sağlık hizmetlerinin organizasyonunda da bir kültür birliği göze çarpmaktadır. Cumhuriyetimizin kuruluşu ile birlikte bu yapı geliştirilirken bütün kurumları ile devlet örgütlenmesi ve hizmet politikalarının oluşturulmasında daha çok Batı'ya dönük bir yol izlendi. Sağlık politikaları bu süreçte, dünyadaki eğilimlerden bağımsız kalamayarak, temel tercih değişiklikleri gösterdi.

1920-1923 Yılları Arası Sağlık Politikaları

Sağlık Bakanlığı, Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin açılışını takiben 3 Mayıs 1920 tarihinde 3 sayılı Kanun ile kuruldu. İlk Sağlık Bakanı Dr. Adnan Adıvar'dır. Bu dönemde sağlıkla ilgili düzenli bir kayıt fırsatı olmamış, daha çok savaş yaralarının sarılmasına ve mevzuat geliştirmeye odaklanılmıştır. Burada dikkat edilmesi gereken nokta, var olma mücadelesinin en çetin günlerinde, daha cumhuriyet kurulmadan teşkilatlanan genç devlette, ilk kurulan bakanlıklardan birinin Sağlık Bakanlığı olmasıdır. TBMM Hükümeti, çetin savaş yıllarında bile sağlık hizmetlerinin kurumsal düzenlemeleri için çalışmasını sürdürmüştür.

Bu dönemde, 38 sayılı Tababet-i Adliye Kanunu (1920) çıkarılmıştır.

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 önemli katkılar sağladı. Günümüze ulaşan verilere göre 1923 yılında, ülkemizde sağlık hizmetleri; hükümet kurumları, belediye ve karantina tabiplikleri, küçük sıhhiye memurlukları şeklinde örgütlenmişti ve 86 adet yataklı tedavi kurumu, 6.437 hasta yatağı, 554 hekim, 69 eczacı, 4 hemşire, 560 sağlık memuru ve 136 ebe ile verilirdi.

Bu dönemde,

- 992 sayılı Bakterioloji ve Kimya Laboratuvarları Kanunu (1927),
- 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun (1928),
- 1262 sayılı İspençiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu (1928),
- 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (1930),
- 3153 sayılı Radyoloji Radium ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanun (1937)

gibi hâlen yürürlükte olan kanunlar çıkarıldı.



Refik Saydam döneminde sağlık politikaları şu dört ilke ile belirlendi:

1. Sağlık hizmetlerinin plan ve programı ile yönetiminin tek elden yürütülmesi,
2. Koruyucu hekimliğin merkezî 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 yürütüldü,
- Yasal düzenlemelerle koruyucu hekimlik kavramı geliştirildi, yerel yönetimlerin hastane açmaları teşvik edildi, her ilçede hükümet tabipliği kuruldu,
- Nüfusun çok olduğu yerlerden başlayarak 1924’te 150 ve 1936’da 20 ilçe merkezinde muayene ve tedavi evleri açıldı, hekimlerin serbest çalışmaları yasaklandı,
- 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 açıldı.

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 onaylandı. Bu plan, Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz tarafından 12 Aralık 1946’da açıklandı. Ancak yoğun bir çalışmayla hazırlanan bu plan, kanunlaşmadan Dr. Behçet Uz Sağlık Bakanlığında ayrılmak durumunda kaldı.

Yaklaşık bir buçuk yılda kanun tasarısı hâline 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 hâlde, hükümet değişikliği nedeniyle kanunlaşamadı. Yeni Sağlık Bakanı olan Dr. Kemal Bayazit tarafından plan geri çekildi.

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

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



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 çalışıldı. 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 çalışıldı.

1945 yılında 8 adet olan sağlık merkezi sayısı, 1950 yılında 22'ye, 1955'de 181'e, 1960 yılında 283'e yükseltildi.

Sağlık Bakanlığı bünyesinde 1952 yılında Ana Çocuk Sağlığı Şube Müdürlüğü kuruldu. Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) gibi milletlerarası teşekküllerden iş birliği ve yardım temin edilerek Ankara'da 1953'te Ana ve Çocuk Sağlığı Tekâmül Merkezi tesis edildi.

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

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 gerçekleşti.

Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı'nın 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 organizasyonunun temel yapı taşlarındandır.

Milli Sağlık Planı'nda ülkemiz yedi sağlık bölgesine ayrılıyor, her bölgeye bir tıp fakültesi kurularak hekim ve diğer sağlık personeli sayısının artırılması düşünülmüyordu (Ankara, Balıkesir, Erzurum, Diyarbakır, İzmir, Samsun, Seyhan). Milli Sağlık Programı'nda ise 16 sağlık bölgesi yapılanması öngörüldü ve bu çerçevede planlama yapıldı (Ankara, Antalya, Bursa, Diyarbakır, Elazığ, Erzurum, Eskişehir, İstanbul, İzmir, Konya, Sakarya, Samsun, Seyhan, Sivas, Trabzon, Van).

İnsan kaynakları altyapısı oluşturulması amacıyla İstanbul ve Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden sonra Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, 1955 yılında öğrenci alımına başladı. 1950 yılıyla 1960 yılı karşılaştırıldığında hekim sayısı 3.020'den 8.214'e, hemşire sayısı 721'den 1.658'e, ebe sayısı da 1.285'ten 3.219'a yükseltildi. Her 3 meslek grubunda da 10 yıl içinde % 100'den fazla artış sağlandı.

Hastane ve sağlık merkezlerinin sayısı da artırılarak, aynı çerçevede yatak sayılarında da artışlar sağlandı. Özellikle hizmet alanlarından çocuk hastaneleri, doğumevleri ve sanatoryum sayısında da gelişmeler yaşandı.



1950 yılında Sağlık Bakanlığı'na bağlı 118 kurumda 14.581 yatak sayısı var iken 1960 yılına gelindiğinde 442 kurumda 32.398 yatak sayısına ulaşıldı. 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 çıktı.

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

Tüberkülozdan ölümler bu dönemde ciddi ölçüde azaldı. Bebek ölüm hızında da azalmalar görüldü.

Türkiye'de il ve ilçe merkezlerinde tüberküloza bağlı ölüm hızı 1946 yılında yüz binde 150 iken 1960 yılında yüz binde 52'ye indi.

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

Hem Milli Sağlık Planı hem de Milli Sağlık Programı'nda, hâlkı 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 Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı bünyesinde Biyolojik Kontrol Laboratuvarı kuruldu ve bir aşı istasyonu hizmete açıldı. Bu yıldan itibaren deri içi yolu ile uygulanan BCG aşısı üretimine geçildi. Boğmaca aşısı ise ülkemizde ilk olarak 1948 yılında üretilmeye başlandı.

Yine bu çerçevede İşçi Sigortaları İdaresi (Sosyal Sigortalar Kurumu) 1946 yılında kuruldu ve 1952 yılından itibaren sigortalı işçiler için sağlık kuruluşları ve hastaneler açılmaya başlandı. Emekli Sandığı'nın kuruluşuyla ilgili çalışmalar da bu dönemde yapılarak sosyal güvenlik kapsamı genişletilmeye başlandı.

Bu dönemde sivil toplum örgütlerinin ve bazı tıp mesleklerinin hukuki altyapılarını günümüze taşıyan mevzuat da oluşturuldu:

- 6023 sayılı Türk Tabipleri Birliği Kanunu (1953)
- 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Kanunu (1953)
- 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu (1954)
- 6643 sayılı Türk Eczacıları Birliği Kanunu (1956)



1960-1980 Yılları Arası Sağlık Politikaları

1961 yılında, 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun çıkarıldı. Sosyalizasyon filen 1963 yılında başladı. Yaygın, sürekli, entegre, kademeli, il içinde bütünleşmiş bir yapı anlayışıyla sağlık evleri, sağlık ocakları, ilçe ve il hastaneleri şeklinde bir yapılanmaya gidildi. Dikey örgütlenmeler kısmen azaltılıp farklı nitelikte sağlık hizmetleri veren yapılar, sağlık ocağı bünyesinde entegre hâle getirildi.

1965'te 554 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun çıkarıldı. "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" anlayışına geçildi.

1967 yılında Genel Sağlık Sigortası için bir kanun taslağı hazırlandıysa da Bakanlar Kurulu'na sevk edilemedi. 1969 yılında 2. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda Genel Sağlık Sigortası'nın 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 12 Eylül İhtilali'nin hemen ertesinde "Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun" ile bu kanun yürürlükten kaldırılarak tekrar muayenehane açma 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. Anayasa'nın 60. maddesi "Herkes sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Devlet bu güvenliği sağlayacak gerekli tedbirleri alır ve teşkilatı kurar." demektedir. Ayrıca Anayasa'nın 56. maddesinde "Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, iş birliğini 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." hükmü getirildi. Aynı maddede "Genel Sağlık Sigortası kurulabileceğine" dair bir hüküm de yer aldı.

1987 yılında 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu çıkarıldı. Ancak bu Kanunun uygulanmasına yönelik düzenlemeler yapılamadığı ve bazı maddeleri Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edildiği için kanun, bütünüyle uygulama imkânı bulunamadı.



Sağlıkta finans yönetiminin öneminin artmasıyla Genel Sağlık Sigortası, 1987 yılında tekrar gündeme geldi, ancak bu konudaki hukuksal düzenlemeler gerçekleştirilemediği gibi 1986 yılında BAĞ-KUR sigortalılarına da ayrı sağlık yardımları yapılmaya başlanarak kamu sağlık sigortacılığında 3 başlı bir yapı oluştu. Bu gelişmenin en dikkat çekici sonucu olarak, aynı sağlık hizmetine her üç kurumun farklı yaklaşımları ve fiyatlandırmaları gündeme geldi, verilen bir hizmetin bedeli bazı kurumlarca ödeme listesinde bulunurken bazılarınca ödenmedi.

1990 yılında Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) tarafından sağlık sektörü ile ilgili bir temel plan hazırlatıldı ve bu plan doğrultusunda 1. Ulusal Sağlık Kongresi 1992 yılında toplandı. Sağlık Bakanlığı ve Devlet Planlama Teşkilatı tarafından yürütülen bu “Sağlık Sektörü Master Plan Etüt Çalışması” bir anlamda sağlık reformlarının ele alındığı bir sürecin başlangıcını oluşturdu.

1992 ve 1993’e Birinci ve İkinci Ulusal Sağlık Kongreleri yapılarak sağlık reformunun teorisi çalışmalarına hız verildi. 1992 yılında 3816 sayılı Kanun’la sosyal güvenlik kapsamında olmayan düşük gelirli vatandaşlar için Yeşil Kart uygulaması başlatıldı. Böylece sağlık hizmetlerine erişim konusunda yeterli ekonomik düzeyden mahrum olan ekonomik gücü zayıf insanların, sınırlı da olsa, sağlık sigortacılığı içine alınması sağlandı.

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 sunuldu, ancak kanunlaşamadı. 2000 yılında, Genel Sağlık Sigortası ile ilgili olarak “Sağlık Sandığı” adı altında tanımlanan bir kanun tasarısı taslağı bakanlıkların görüşüne gönderildi ancak bu da sonuçlanmadı.

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

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

Görüldüğü gibi bu dönem önemli teorik çalışmaların yapıldığı ancak bunların yeterince uygulama alanı bulamadığı bir dönem oldu.



2003 - 2011: Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre bir ülkenin sağlık sistemi, herkese gerekli olan sağlık hizmetinin yüksek kalitede verilmesini sağlayacak şekilde tasarlanmalıdır. Bu hizmeti etkili, karşılanabilir maliyette ve toplumca kabul gören tarzda olmalıdır. Her ülkenin bu faktörleri göz önünde tutarak kendi özgün sağlık sistemini geliştirmesi önerilmektedir.

2002 yılı sonunda Türk sağlık sisteminin içinde bulunduğu durum, hizmet sunumundan finansmanına, insan gücünden bilgi sistemine kadar ilgili birçok alanda köklü değişikliklere gidilmesini gerekli kılmaktaydı. Bu amaçla 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı'nı uygulamaya koyduk. Programı, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirmesi başta olmak üzere geçmiş birikim ve tecrübelerden, son dönemde yürütülen sağlık reformu çalışmalarından ve dünyadaki başarılı örneklerden ilham alarak hazırladık.

Programın sadece bugünü değil, yarını da ciddi anlamda etkileyeceği ve sağlık alanında amaçlanan hedeflere ulaşılmasında önemli bir mihenk taşı olma özelliğini taşıyacağı kuşkusuzdu. Sağlık Bakanlığı olarak bu programın uygulanması ve sağlık alanında arzulanan noktaya ulaşılması hususundaki kararlılığımızı gösterdik ve birçok uygulamayı hayata geçirdik.

Bu dönemde vatandaşımızın hayatını kolaylaştıran adımlar, cesaretle ve kararlılıkla atıldı. Bu anlayış içinde, başta SSK hastaneleri olmak üzere diğer kamuya kurumlarının hastaneleri Sağlık Bakanlığı'na devredildi.

Dar gelirli kesimlere yönelik olarak Yeşil Kartlı vatandaşlarımızın hakları genişletildi. Yeşil Kart sahiplerinin "ayakta tedavi" kapsamında görecekları sağlık hizmetleri ile ilaç giderleri de devlet tarafından karşılanır oldu.

İlaçtaki KDV oranı düşürüldü ve ilaç fiyatlandırma sistemi değiştirildi. Böylece ilaç fiyatlarında önemli oranda indirim sağlandı. İlaç harcamalarının hem kamu hem de vatandaşa olan yükü, büyük ölçüde hafifletildi. Bu düzenlemeler, ilaca erişimin yaygınlaştırılmasında önemli rol oynadı.

Yalnızca şehirlerde değil, köylerde de "112 Acil Sağlık" hizmeti sunulmaya başlandı, istasyon sayısı artırılıp ambulanslarımız en son teknolojilerle donatıldı. Sisteme hava ve deniz taşıma araçları eklendi.

Başta koruyucu sağlık ve ana-çocuk sağlığı hizmetleri olmak üzere birinci basamak sağlık hizmetleri güçlendirildi, çağdaş sağlık anlayışının temel unsurları arasında yer alan aile hekimliği uygulaması başlatıldı ve tüm ülkeye yaygınlaştırıldı.



Bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı olarak sağlığın bozulmasını ve erken ölümleri önlemek için kapsamlı programlar hayata geçirildi. Bu kapsamda kalp-damar hastalıkları, kanser, diyabet, kronik solunum yolları hastalıkları, felç, böbrek yetmezliği başta olmak üzere, belirli hastalıklar için ulusal programlar planlandı ve uygulamaya konuldu.

Bulaşıcı hastalıklardaki göstergelerimiz ise Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uygulanmaya başlanmasından sonra gelişmiş ülkeler düzeyine ulaştı.

Bina, ekipman ve sağlık personelinin eksik olduğu bölgeler öncelikli kabul edilerek, bu konudaki dengesizlikler büyük ölçüde ortadan kaldırıldı. Son dokuz yılda 554'ü müstakil hastane ve yeni hastane binası olmak üzere 2.021 yeni sağlık tesisi hizmete sunuldu. Aynı dönemde hizmet alımıyla birlikte kamu sağlık tesislerinde çalışan personel sayısı net olarak 226 bin kişi artarak 482 bin kişiye ulaştı.

Son dokuz yılda dünyanın takdir ettiği geniş kapsamlı bir dönüşüm programı uygulandı. Buna rağmen, 2003-2011 yılları arasında faiz dışı genel kamu harcamalarındaki artış % 92 iken kamu sağlık harcamalarındaki artış sadece % 74 oldu. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile kamu kaynakları verimli kullanılmaya başlandı. Nihayetinde 2010, 2011 ve 2012 yıllarını içine alan orta vadeli mâli plan ile birlikte mâli sürdürülebilirlik teminat altına alındı.

Yapılanların bu denli yaygın ve etkili olması, bundan sonra yapılacakların ve yapılabileceklerin habercisidir. 2003 yılında %39,5 olan sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı, 2011 yılı sonunda %75,9'a ulaştı. Bu memnuniyetle daha iyi düzeyde sağlık hizmeti talep eden hâlkımızda, güven ve beklenti oluştu. Bu beklentiye karşılayacak şekilde, başlatılan hizmetlerin tamamlanması ve yeni atılımların yapılması gerekmektedir. Bunu sağlayacak azim, kararlılık ve birikimimiz mevcuttur.



OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri, Türkiye (sayfa, 107)

Yayın Yılı: 2008

Yayınlayan Kuruluş: OECD, Dünya Bankası

“Sağlıkta Dönüşüm Programı, 2003 öncesi sağlık sisteminin zayıf yönlerini bertaraf edip güçlü yönleriyle reform yapmayı amaçlayan bir “ders kitabı” mahiyetindedir.”



TÜRKİYE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI'NIN ANATOMİSİ



Aldığımız her nefeste, attığımız her adımda sağlık hayatımızın en temel yapı taşıdır. Bütün bir ömürde sağlık değişmez paydamızdır. Öyle ki, hayatın bütün değişkenleri bu temel yapının içinde saklıdır. Bir ömür boyu yaşadığımız her detay bu değişmez paydaya göre hesaplanır.

Bizim etik anlayışımıza göre, sağlık doğuştan kazanılan bir hak olduğu için sağlık hizmetlerinin herkese eşit olarak ulaştırılacak bir biçimde örgütlenmesi zorunludur. Adalet ve hakkaniyet ilkelerine uygun olarak herkese sağlık güvencesi sağlanmalı, cinsiyet, sosyal statü ve sosyal sınıf gibi hiçbir ayırım sağlık hizmetinden yararlanmaya engel teşkil etmemeli, sağlık hizmetleri kolay erişilebilir olmalı, sunulan sağlık hizmetleri çağdaş düzeyde ve etkili olmalıdır.

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre bir ülkenin sağlık sistemi, herkese gerekli olan sağlık hizmetinin yüksek kalitede verilmesini sağlayacak şekilde tasarlanmalıdır. Bu hizmet etkili, karşılanabilir maliyette ve toplumca kabul gören tarzda olmalıdır. Her ülkenin bu faktörleri göz önünde tutarak kendi özgün sağlık sistemini geliştirmesi önerilmektedir. Bu özgün sistem kurulurken her ülke kendi daimi dönüşüm sürecini de başlatmak zorundadır.

Dönüşüm programları ile ilgili dünyada sürekli yeni fikirler ortaya çıkmakta ve dönüşümün kompleks bir sosyal fenomen olduğu kabul edilmektedir.

Dönüşüm Programı'nın Yapılmasını Zorunlu Kılan Sebepler

1. Sağlık Hizmetleri Sunumundaki Maliyet Artışları

Bugün birçok ülke, sağlık hizmetleri için ödeyebilecekleri para ile sağlık sektöründe sağlamak istedikleri düzey arasındaki boşlukla karşı karşıyadır. Ekonomiler ilerledikçe beklentiler artmaya devam etmekte, ülkeler daha demokratik hâle gelmekte ve dünya çapında medya temelli imajlar yayılmaktadır. Neredeyse bütün ülkelerde, sağlık hizmet maliyetleri, değişen demografik özelliklere, gelişen hastalık yapılarına ve yeni teknolojiye bağlı olarak artmaktadır.

2. Vatandaşın Beklentilerinin Artması

İnsanlar mümkün olduğu kadar genç ve sağlıklı kalmak ve sağlık hizmetlerinden daha çok yararlanmak istemektedir. Birçok ülkedeki sağlık sistemi, bu hedefleri gerçekleştirme yönünde giderek artan bir baskı altındadır.

Ülkeler geliştikçe, vatandaşları sağlık konusunda daha fazla harcama yapmayı istemektedir. Bu artan beklentiler hem bakım hem de tedavi için daha fazla ve daha maliyetli hizmetlerin kullanılmasını gerektirmektedir. Küresel sosyal gelişmeler (filmler, televizyon ve internet vb.) bu talepleri artırmaktadır. Artan beklentiler hastaların en son ve en iyi hizmeti, en yeni teknolojileri ve ilaçları istemesine yol açmaktadır.



Başka yerde bu imkânların bulunduğunu bilen insanlar, kendi yerel sağlık merkezleri veya daha küçük hastanelerdeki hizmet kalitesi konusunda daha şüpheli olmuştur. Sağlık sorunları için gerekli olmadığı halde, bölgesel merkezler ve üniversite hastaneleri tercih edilmeye başlanmıştır.

3. Kamunun Ödeme Kapasitesinin Sınırlı Olması

Hükümetler artan maliyetler ve beklentilerin ortaya çıkardığı talepleri karşılama konusunda baskı altındadır. Ekonomik büyüme, sağlık hizmetleri için daha fazla finansmanın temin edileceği anlamına gelse de genellikle sağlık sektöründeki maliyetler ve talep daha da hızlı bir şekilde büyümektedir. Aynı zamanda, sağlık hizmetleri sisteminin içindeki hizmet sağlayıcıları gelirlerini muhafaza etmek için mücadele etmektedir. Sonuçta ekonomik süreçler, siyasi baskılarla kesişmekte ve bir ülkenin sağlığa tahsis etmeye karar verdiği para miktarını etkilemektedir.

4. Kamudaki Yönetim Anlayışının Vatandaş Tarafından Sorgulanmaya Başlanması

Bütün dünyada kamudaki kötü yönetim, yetersiz politikalar ve kısıtlı kaynakların boşa harcanması kamu sektörü hakkında şüpheliği ortaya çıkarmıştır. Kamu sektörünün, istenilen düzeyde hizmet verememesi, vatandaş tarafından daha çok irdelenmeye başlanmıştır. Demokratikleşme, sivil toplum kuruluşlarının sayısının artması, medya, internet gibi faktörler kamudaki yönetim anlayışının vatandaş tarafından her geçen gün daha çok sorgulanmasına neden olmaktadır. Bütün bunların sonucunda kamu hizmet sunumunda reforma yapılması zorunlu hale gelebilmektedir.

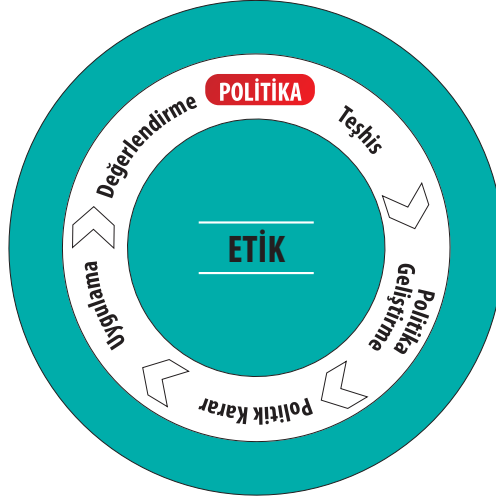
Sağlıkta Politika Çemberi

Dönüşüm programı, bütün vatandaşların ülkenin eşit haklara sahip kişileri olarak sağlık hizmetlerine hakkaniyet içinde erişmelerini gaye edinen ahlâki anlayış üzerine bina edilmiştir.

Programın politik ve metodolojik hazırlıkları yapılırken sağlık politikalarının değişim sürecinin sağlıklı işlenmesini sağlayacak aşamalı ve süreklilik arz eden bir politika döngüsü tasarlanmıştır. Buna göre önce sorunlar tanımlanmakta, bu sorunlara zemin oluşturan şartlar analiz edilmekte, sorunu çözmeye yönelik politikalar geliştirilmekte, bu politikaları hayata geçirecek politik kararlar verilmekte ve ardından bu kararlar uygulanmaktadır. Devamında, çizilen etik çerçeve içinde yürütülen bu politikaların sonuçları değerlendirilmektedir.



Dönüşüm süreci aşağıdaki döngü ile tanımlanabilir:



Sağlıkta Politika Çemberi

A- Teşhis

Dönüşüm programları uygulanırken göz ardı edilen ancak en önemli adımlardan birisi sorunun tanımlanmasıdır. Sorunlar nasıl algılanmakta ve hangi sosyal süreçlerle şekillendirilmektedir? Dönüşüm programcılarının sorun tanımını hangi faktörler belirlemektedir? Çıkar gruplarının, sorunun tanımlanması ve çözüm önerileri konusunda bakış açıları nedir?

Bazı sağlık sektörü planlayıcıları sorunları tanımlamak için gerekli olan tek şeyin iyi veriler olduğunu öne sürmektedir. Ancak bu veriler tek başına sağlık reformunun sorunlarını ve önceliklerini tam olarak tanımlayamamaktadır. Herhangi bir politik karar, hem bilimsel hem de etik temele dayanmalıdır. Örneğin birçok ülkede kadınlar erkeklerden daha uzun yaşamaktadır. Bunun kamu politikasının düzeltmesi gereken bir eşitsizliği temsil edip etmediği sadece verilerle belirlenemez.

Veriler tartışmanın daha dürüst bir şekilde yapılmasını sağlar. Bu nedenle dönüşüm programı sorumlularının, dönüşüm için neyin önemli olduğunun anlaşılmasında özel bir sorumluluğu vardır. Aksi takdirde ideoloji ve grup çıkarları tartışmaya hakim olacak ve yönlendirecektir.

Sorunun tanımlanması sürecinde verilerin önemli bir kullanım da kıyaslamadır. Sağlık sektörü reformunda kıyaslama, bir ülkenin kendi gelir ve harcama düzeyine benzer düzeylere sahip, sağlık performansı yüksek ülkelere bakması anlamına gelmektedir. Ülkeler arasındaki farklılıklara rağmen uluslararası kıyaslamalar performans sorunlarının tartışılması için faydalı bir başlangıç noktası olabilir.



Sorunların tanımlanmasında dönüşüm programı politikalarının içeriğini ve uygulanışını etkileyecek dört faktör dikkate alınmalıdır:

- **Paydaşlar:** Reform sürecine dâhil veya politikanın oluşması üzerinde tartışmaya girebilecek olan şahıs ve grup kümesidir.
- **Güç:** Her bir paydaşın siyasi oyundaki (her bir oyuncunun elinde bulunan imkânlarla göre) göreceli gücü.
- **Pozisyon:** Paydaşın politikayı destekleme veya reddetme gücü ve bunun için harçayabileceği kaynak oranı.
- **Algılama:** Sorunun ve çözümün tanımlanmasının özel ve kamusal algılanışı.

Sorunlar sağlık sistem performansının dört hedefine odaklı olarak tanımlanmalıdır:

- Sağlık göstergeleri
- Vatandaş finansal riskten koruma
- Vatandaşın verilen sağlık hizmetlerinden memnuniyeti
- Sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliği

Sağlık sistemi performansına odaklı olarak sorunlar tanımlandıktan sonra tıpkı bir doktorun semptomlardan sebeplere ilerlemesi gibi dönüşüm programları için de bir teşhis yolculuğu yapılması gerekir.

Teşhise ilişkin olarak temel strateji “geriye doğru çalışmaktır”. Geliştirmek istediğiniz performansın yetersizlik sebepleri keşfedilene kadar “neden” diye sormaya devam edilir. Bu basit bir görev değildir. Ünlü bir kalite geliştirme uzmanı teşhis sürecinin açık olarak gözükmenin arkasında, ötesinde ve altındaki nedenleri araştırmak için “beş kere ‘neden’ diye sorulması” gerektiğini söylemektedir. Sistemin neden belli bir şekilde davrandığını anlamak için daha derinleri incelemek lazımdır.

Teşhis için başarısız sonuçların nedenleri belirlenmeye çalışılır. Bu da sağlık sektörünün beş kontrol düğmesi adını verdiğimiz unsurlar incelenerek yapılır.

Sağlık sektörünün beş kontrol düğmesi:

- Finansman
- Ödeme
- Organizasyon
- Düzenleme
- Davranış

Bu beş kontrol düğmesi, dönüşüm programcılarının sistem performansını geliştirmek için ayarlaması gereken mekanizmaları ve süreçleri kapsamaktadır. Beş kritik kontrol düğmesi konusundaki teşhisimiz, sağlık sisteminin sonuçlarını belirleyen ve değiştirmek için kullanılacak faktörleri de ortaya çıkarır.



Dönüşüm Programında Kullanılan Beş Kontrol Düğmesi:



1 Finansman

Sağlık sektöründeki faaliyetler için ödenen paraların toplanmasını sağlayan tüm mekanizmaları ifade etmektedir.

Finansman, bir sağlık sisteminin performansı üzerinde son derece önemli bir etkiye sahiptir.

- Ne kadar paranın kullanılabilir olduğunu,
- Mali yükü kimin taşıdığını,
- Fonları kimin kontrol ettiğini,
- Risklerin nasıl havuzlandığını,
- Sağlık hizmetleri maliyetlerinin kontrol edilebilir olup olmadığını belirler.

Bu faktörler,

- kimin hizmete erişimi olduğunu,
- kimin katastrofik tıbbi harcamalardan dolayı yoksullaşmaya karşı korunduğunun ve
- nüfusun sağlık durumunun tespit edilmesine yardımcı olur.

Finansman sorunları için sihirli bir çözüm yoktur. Herhangi bir finansman yöntemi aracılığıyla toplanan tüm paralar doğrudan veya dolaylı olarak vatandaşlardan gelir. Her bir ülkenin karar vermek zorunda olduğu konu, hangi kaynakların ne ölçüde kullanılacağıdır.

Finansman kontrol düğmesinin en etkili şekilde ayarlanması için uluslararası deneyimlerin ışığında siyasi ve ekonomik teorilere dayalı bazı spesifik öneriler dikkate alınmalıdır:

- Yoksulluk tek başına temel bir finansal kısıtlama teşkil etmektedir. Yoksul haneler, sağlık hizmetleri için ödeme yapmaya güç yetiremeyebilir. Eğer bunların hizmete erişimi isteniyorsa hükümet bunları desteklemelidir. Hakkaniyet isteniyorsa kamu harcaması öncelikle yoksulları hedef almalıdır (şu anda çoğu düşük ve orta gelirli ülkede durum böyle değildir).



- Kırsal alanlarda yaşayan yoksul halk için özel finansman programları geliştirilmelidir. Bu tür programlar, mevcut kaynakları çok daha verimli ve etkili bir şekilde kullanmamızı sağlar. Bu şekilde sağlık hizmetlerinin kalitesini artırabilir ve tıbbi harcamalara bağlı yoksullaşmayı azaltabiliriz.
- Yeterli para toplandığı müddetçe sosyal sigorta programları insanları finansal riskten yüksek oranda korur. Ulusal gelir arttıkça hükümetler genel vergi gelirlerinden yardım sağlayarak bu kapsamı genişletebilir.
- Sosyal kamu sigortacılığının yanısıra özel sigortalar daha iyi hizmet kalitesi sağlamak yönünde sosyal sigorta için tamamlayıcı bir rol alabilir.
- Bir ülke, sağlık durumunu en üst düzeye çıkartırken kaynak tahsisinin maliyet etkili olmasını istiyorsa temel ve koruyucu sağlık hizmetlerini vergi ile desteklemelidir.

Finansman Stratejisini Seçerken Değerlendirilecek Noktalar

• Sosyo-Ekonomik Gelişme

Bir ülkenin fonları mobilize etme kapasitesi büyük ölçüde kişi başı geliri ile korelasyon halindedir. Gelir, hane halklarının sağlık hizmetleri için ödeme yapma kapasitesini ve talebini belirler. Diğer önemli faktörler de vergi gelirleri, istihdam edilenlerin ve yoksul hane halkının sayısıdır.

• Mali Kapasite

Bir finansman stratejisi için anahtar soru şudur: Sağlık sektöründe istenilen harcama düzeyini karşılayacak şekilde yeterli para seferber edilebilmekte midir? Sağlık sektörü harcamasını artırmak için diğer alanlardan ne kadar vazgeçilecektir? Bu yüzden finansman stratejisi ile hedefleri arasında eşleştirme yapmak gerekir. Sağlık finansman sisteminin sürdürülebilirliği tartışılırken bu konu üzerine odaklanılmalıdır.

• Uygulanabilirlik

Uygulanabilirliğin anahtar yönü bir ülkenin idari kapasitesidir. Ülke bir finansman programını etkili bir şekilde uygulamak için gerekli idari sistemlere ve insan kaynaklarına sahip midir? Uygulanabilirlik aynı zamanda bir finansman programının sosyal olarak kabul edilebilirliğine bağlıdır. Gönüllü uyumluluk düzeyleri hem ülke içinde hem de uluslararası düzeyde oldukça farklılık göstermektedir. Halkın meşru olarak gördüğü programların uygulanmasının başarılı olma ihtimali çok daha yüksektir.

• Siyasi Hesap Verme Sorumluluğu

Demokrasilerde paranın nasıl, ne kadar harcanacağına ilişkin kararlar hükümet gücünün temel ifadesidir. Demokratik siyaset açısından bakıldığında, vatandaşların süreç üzerinde uygun şekilde kontrole sahip olmasına izin verilmelidir. Finansman sisteminin birkaç özelliği bu hesap verme sorumluluğunu etkilemektedir. Finansman süreci üzerinde yetkiye sahip olan bir kişi demokratik süreçle seçime tabi midir? Eğer tayin edilmiş bir bürokrat ise hesap verme sorumluluğuna sahip midir?



• Hakkaniyet

Finansman doğrudan sağlık hizmetlerinin maliyetinin dağılımını etkilediği için mali yükü kimin üstleneceği önemlidir. Fonların nasıl kullanıldığı doğrudan sağlık hizmetlerinin dağılımını etkilediği için hizmetten kimin faydalandığı önemlidir. Yük ve faydanın dağılımının değerlendirilmesinde iki boyut bulunmaktadır.

1. Dikey hakkaniyet: Yükün zengin ve yoksullar arasında dağılımı.
2. Yatay hakkaniyet: Aynı gelir düzeyindekiler arasındaki adalet.

• Risk Havuzlaması

Sağlık hizmetlerinin maliyetleri toplum içinde eşit şekilde dağılmamaktadır. Yaşlı insanların gençlere göre daha fazla hastalık ve engellilik durumları vardır. Diyabeti olan hastalar daha sık sağlık hizmetlerine ihtiyaç duymaktadır. Hastalığın belirsizliği risklerin havuzlanabileceği bir finansman stratejisi oluşturmayı zorunlu kılmaktadır.

- Zorunlu sosyal sigorta kapsamı evrensel olması kaydıyla önemli risk havuzlaması sağlayabilmektedir.
- Özel grup sigortası sadece bir grup sağlık riskini kapsamaktadır.
- Hastaların cepten ödemeleri de risk havuzlaması sağlamaktadır.

• Ekonomik Etkiler

Farklı seçeneklerin yatırım, istihdam fırsatları ve iş gücü arzını teşvik etmek veya caydırmak üzerinde farklı etkileri olacaktır; bu yüzden kısa ve uzun dönemde ekonomik faaliyetlerin düzeyini etkileyecektir.

2 Ödeme

Ücretler, kişi başı ödeme ve bütçe gibi paraların sağlık hizmeti sağlayıcılarına transfer edilmesi için kullanılan yöntemleri ifade etmektedir. Öncelikle bilinmesi gereken, hiçbir ödeme yönteminin mükemmel olmadığıdır (hepsinin hem pozitif hem de negatif yanları bulunmaktadır).

Ülkeler sağlık sistemi hedefleri ve şartları bakımından farklılık gösterse de uluslararası deneyimler ödeme kontrol düğmesine ilişkin beş kritik derse dikkat çekmektedir:

- Ödeme yöntemine ilişkin kararlar, sistemin nasıl organize olduğu bağlamında değerlendirilmeli, organizasyon ve ödeme birbirlerini tamamlamalıdır.
- Hizmet başı ödeme, sağlık hizmetleri maliyetinin artışını teşvik eder. Ülkeler aksini yapma konusunda önemli nedenleri olmadığı sürece bu yöntemden kaçınmalıdır.
- Maaş + ikramiye ödeme yöntemi, sadece maaşa dayalı ödeme sisteminden üstündür. Maaş + ikramiye ödeme yöntemi, sağlık çalışanlarını üretkenliği artırmak ve hizmet kalitesini geliştirmek yönünde motive edebilir. Bu avantaj özellikle uzmanlar için geçerlidir.



- Temel sağlık hizmetleri için kişi başı ödeme yöntemi dönüşüm programına destek olabilir.
- Yüksek ve orta gelirli ülkeler için teşhisle ilgili gruplandırma (TİG) ödemesi arzu edilen teşvik etkilerine sahiptir.

3

Organizasyon

Sağlık hizmetleri sektöründe hizmet sağlayıcıların rollerini, fonksiyonlarını ve kullandıkları mekanizmaları ifade etmektedir.

Organizasyon kontrol düğmesini uygulamak isteyen dönüşüm programcısının, sisteminin dört ana özelliğine odaklanması gerekmektedir:

- Sağlık hizmetleri sağlayan organizasyonların karışımı
- Bu organizasyonlar arasında faaliyetlerin bölümü
- Bu organizasyonlar arasındaki ilişkiler ve bunların siyasi ve ekonomik sistem ile ilişkileri
- Bu organizasyonların idari yapıları

Yeniden yapılanmanın dönüşüm programının performansını nasıl etkileyeceğini anlamak için “Organizasyonel Performansın Altı Anahtarı”nı incelemeliyiz:

• Organizasyon İçin Teşvikler

- Organizasyonun hayatta kalmak ve büyümek için ihtiyacı olan kaynakları elde etmek için ne yapması gerekir?
- Rakiplerden, kullanıcılardan, düzenleyicilerden ve bütçeyi hazırlayanlardan gelecek ne gibi kısıtlama veya fırsatlar bulunmaktadır?

Etkili dönüşüm programları için performansa dayalı güçlü teşvikler oluşturulmalıdır. Finansman birkaç yolla performansa bağlanabilir. Örneğin bütçeler sağlanan hizmetin kalitesi ve miktarına bağlı olarak farklı olabilir. Daha iyi performans sergileyen bölgelere veya kurumlara teşvik verilebilir.

• Yöneticiler İçin Teşvikler

- Yöneticiler nasıl ödüllendirilmekte veya cezalandırılmaktadır?
- Bu, organizasyonun performansı ile nasıl bağlantılıdır?
- Hangi raporlama, denetim ve hesap verme sorumluluğu kanalları mevcuttur?
- Mevcut organizasyonların dışındaki potansiyel kariyer yolu nedir?



Etkili dönüşüm programları, yöneticilere performansı artırma yönünde güçlü teşvik vermektedir. Yöneticiler becerileri ve yönetici performanslarına bağlı olarak seçilmeli, desteklenmeli ve ödemeleri yapılmalıdır. Gerçek hesap verme sorumluluğu oluşturan raporlama ve denetim sistemleri hazırlanmalıdır.

• Yöneticilerin Becerileri ve Tutumları

- Yöneticiler beceri ve tutum bakımından işlerine ne kazandırmaktadır?
- Bunların seçimi, eğitim ve iş deneyimi nasıl şekillendirilmektedir?
- Yöneticiler işlerini nasıl görmektedir? Sorumluluklarına ilişkin görüşleri nelerdir?

Etkili dönüşüm programı yapabilmek için yöneticiler arasında dönüşümü geliştirebilecek girişimcilik ve sosyal sorumluluk oluşturulmalıdır. Ayrıca yönetici eğitimi programları belli işler için bir ön şart haline getirilebilir.

• Yöneticilerin Yetkisi

- Yöneticiler fiyatlar, üretim süreçleri, satın alma, personel vs. konularında ne gibi kararlar verebilir?
- İşe alıp işten çıkarabilirler mi?
- Yatırım kararları verebilirler mi, strateji seçebilirler mi?

Yöneticilerin personel, satın alma ve diğer önemli konulara ilişkin yetkisinin olması gerekmektedir.

• Çalışanlar İçin Teşvikler

- Çalışanların aldığı ödüller ne ölçüde performanslarına veya organizasyonun performansına göre değişmektedir?
- Çalışanlara yapılan ödemeyi ve terfi etmeyi ne belirlemektedir?
- Parasal olmayan teşvikler bulunmakta mıdır?

Eski personel sistemi ve bunun oluşturduğu zayıf teşvikler dikkate alınmalıdır.

Personel sistemleri performansı ödüllendirecek, siyasi etki ve himayeyi sınırlandıracak şekilde değiştirilmelidir.

• Çalışanların Becerileri ve Tutumları

- Çalışanlar beceri ve tutum bakımından işlerine ne kazandırmaktadır?
- Çalışanların seçimi, eğitimi ve iş deneyimi nasıl şekillendirilmektedir?
- Çalışanlar organizasyonun başarısı konusunda ne ölçüde karardır?

Dönüşüm programı uygulayıcıları çoğu defa çalışanın becerilerini ve tutumlarını göz ardı ederler. Bu hataya düşülmemelidir. İşe alma yapıları, eğitim sistemleri ve personel uygulamaları revize edilmelidir.



4

Düzenleme

Bu kavram sağlık sisteminde bulunan hizmet sağlayıcıları, sigorta şirketleri ve hastalar gibi aktörlerin davranışlarını değiştirmek için devletin yaptırımında bulunmasını ifade etmektedir.

Sağlık Sektöründeki Düzenleme Türleri:

A- Sağlık Hizmetleri Sektörünün Düzenlenmesi

B- Sağlık Sigorta Sisteminin Düzenlenmesi

A- Sağlık Hizmetleri Sektörünün Düzenlenmesi:

A.1-Sağlık Hizmet Sektörünün Çalışabilmesi için Temel Şartların Sağlanması

- Özel mülkiyet haklarının ve patentlerin tanımlanması ve korunması
- Sağlık hizmeti kurumlarının finansal durumlarının yönetimi
- Hastaların haklarının korunması

A.2-Özel Sektörün Yapamayacaklarının Sağlanması (Hakkaniyetli Erişim İçin)

- Gerektiğinde hekimlerin mecburi hizmete tabi tutulması
- Hastaların acil hizmet haklarının temini

A.3- Sağlık Hizmet Sektörü Başarısızlıklarının Düzeltilmesi

- **Harici Etkilerle Başa Çıkmak**
 - Ücretsiz veya destekleyici programların doğrudan hükümet tarafından sağlanması (aşılama ve sağlık eğitimi vb.)
- **Vatandaşlara Bilinçli Seçim Yapma Konusunda Yardımcı Olmak**
 - Doğru tanıtımın düzenlenmesi
 - Doktorlara reklam kısıtlaması
- **Kalitesiz Hizmetten Vatandaşı Korumak**
 - Girdileri düzenlemek
 - ✓ Gıda hijyeni ve ilaçların (bitkisel ilaçlar dahil) kontrol ve kullanımına ilişkin standartlar
 - ✓ Doktorların, hemşirelerin ve eczacıların lisans eğitimlerinin düzenlenmesi
 - ✓ Laboratuvarların ve hastanelerin akreditasyonu
 - Süreci düzenlemek
 - ✓ Klinik kılavuz uygulanması
 - ✓ Hasta geri bildirimleri



- Çıktıları düzenlemek
 - ✓ Her türlü tıbbi raporun standartlarını oluşturmak
 - ✓ Klinik denetim sistemleri kurmak
 - ✓ Sağlık mesleklerinin icrasından kaynaklanan konuların meslek birliklerince değil devlet tarafından düzenlenmesi
 - ✓ Malpraktis sorumluluğu
- **Sağlık Hizmet Sunucularının Oluşturduğu Talebin Düzenlenmesi**
 - İnsan gücünün düzenlenmesi
 - ✓ Doktor ve hemşire açığının kapatılması
 - ✓ Yabancı uyruklu doktorların çalışmasının teşviki
 - Sermaye yatırımının düzenlenmesi
 - ✓ Yeni teknoloji ve yeni tesis inşaatının teşviki
 - ✓ Ekipman ithalatının kontrolü
- **Tekel Karşıtlığı**
 - Kamu veya özel sektörün sağlık hizmet sunumunda tekelleşmesinin engellenmesi
 - Tekelci fiyatların düzenlenmesi
 - Kamu ve özel sağlık tesisleri için kullanıcı ücretlerinin belirlenmesi
 - ✓ İlaçlar için referans fiyatlarının belirlenmesi

A.4- Özel Sektör Anlayışına Terkedilemeyecek Konuların Düzenlenmesi:

- Sigara satışları
- Kan transfüzyonu
- Organ transplantasyonu
- İlaç suiistimali
- Ötenazi...

B- Sağlık Sigorta Sisteminin Düzenlenmesi

B.1- Özel Sağlık Sektörü için Temel Şartların Belirlenmesi

- Özel sigorta şirketlerinin finansal düzenlemeleri
- Özel sigorta şirketlerinin satış ve pazarlama uygulamaları



B.2- Özel Sağlık Sektörünün Yapamayacağı Düzenleme (Hakkaniyetli Dağıtım)

- Risk Havuzlaması
 - Sigortanın primleri toplum temelinde belirlemesini zorunlu kılmak
 - Ödeme gücü olan hane halklarının sigorta planlarına dahil olmasını sağlamak

B.3- Sağlık Sektörü Başarısızlıklarının Düzeltilmesi

- **Risk Seçimi:** Özel sigortaların sağlıklı insanları sigortalamak ve hasta olanları reddetmek için risk seçimine gitmesi
- **Ters Seçim:** Zorunlu sigorta aracılığıyla ters seçimi caydırmak ve riskleri yaşlılar ve gençler, sağlıklı olanlar ve daha az sağlıklı olanlar arasında havuzlamak
- **Tekelci Fiyatlandırma:** Sağlık hizmetlerinden faydalanmak için asgari bir ödemenin yapılması

B.4- Sağlık Sektöründe Kabul Edilemeyecek Riskin Düzeltilmesi

- Sigortasızlar

Tüm nüfusun sosyal sigortaya dahil olmasını zorunlu kılmak

- Maliyet Etkililik

Zorunlu sigortanın teminatını düzenlemek

5

Davranış

Hem hastalar hem de hizmet sağlayıcılarının sağlık ve sağlık hizmetleri ile ilişkili olarak nasıl hareket ettiğini açıklar.

Sağlık sistemi performansı ve sağlık durumu birçok şekilde bireysel davranıştan etkilenir. Hastaların ilaçlarını muntazam şekilde alıp almadıkları tüberküloz kontrol programlarının başarısını etkiler. Aşılamalar yeni doğan mortalitesini etkiler. Doktorların antibiyotikleri reçetede yazma alışkanlıkları mikrobik direnç gelişmesini etkiler. Sürücü alışkanlıkları ve emniyet kemeri kullanımı trafik kazalarında ölüm vakalarını etkiler. Kısacası bireysel davranış hem bireyin sağlığı üzerinde hem sağlık sistemi performansı üzerinde önemli etkiler yapabilmektedir. Diğer taraftan davranışın, kültürde, sosyal yapıda, alışkanlıklarda, inançta, tutumda ve fikirlerde temelleri vardır.

Dönüşüm programları kapsamında davranış değişikliği düğmesi nerede kullanılabilir? Burada dört bireysel davranış kategorisinin düşünülmesi önemlidir:

1. Tedavi arama davranışları
2. Sağlık çalışanlarının davranışları
3. Hasta uyumu davranışları
4. Hayat tarzı ve hastalıktan koruyucu davranışlar



1. Tedavi Arama Davranışları

Ne zaman, nerede ve nasıl tedavi olunacağına dair vatandaş kararları sağlık sistemi performansının iyileştirilmesi bakımından önemli bir alandır. Tedavi arayışı ile ilgili bu kararlar arasında hizmet alınacak sağlık çalışanı türü (örneğin, uzmana karşı pratisyen hekim), sağlık tesisinin seviyesi (örneğin birinci basamak sağlık tesisine karşı üniversite hastanesi), tedavi zamanı, yeri ve bitkisel ilaçlara karşı kimyasal ilaçların kullanımı konuları olabilir.

2. Sağlık Çalışanlarının Davranışları

Sağlık çalışanlarının davranışlarından önemli olanlar arasında tedavinin mahiyeti, koruyucu tedaviye verilen ağırlık, tedavi yeri (kamu hastanesine karşı hizmet sağlayıcının özel muayenehanesi) ve hastanın sevk edilmesi vardır.

3. Hasta Uyumu Davranışları

Hastaların kendilerine verilen tedavi talimatına uyup uymamaları konusunu kapsar. Bu kategorideki davranışlar arasında ilaçların kullanımı, sevk talimatının yerine getirilmesi ve tedaviyi takip konusu vardır.

Hasta uyum davranışını değiştirmeye yönelik birçok strateji ilaçlar ile ilgilidir. Bu alanda davranış değişikliği stratejilerine örnekler arasında, antibiyotiklerin tam olarak alınması konusunda hastaların teşviki (buradaki amaç antimikrobik direncin gelişmesini azaltmaktır), kronik sağlık sorunları olan hastaların ilaçlarını düzenli olarak ve zamanında almalarının teşviki yönündeki gayretler bulunmaktadır.

Bazı hallerde uyum sağlanması için davranış değişikliği stratejileri bireysel davranışın doğrudan düzenlenmesi ile birlikte uygulanabilir. Böyle bir uygulama tüberküloz vakalarında "Doğrudan Gözetimli Tedavi"de (DGT) mevcuttur. DGT'de sağlık çalışanları hastanın ilaçlarını almasını izlerler ve bu şekilde doğru ilaçların doğru zamanda alınmasını sağlarlar. Davranış değişikliği stratejileri, annelerin emzirme konusunda ikna edilmesi için de uygulanmaktadır.

4. Hayat Tarzı ve Hastalıktan Koruyucu Davranışlar

Hastalıktan korunmada önemli etkiye sahip bir başka unsur da hayat tarzı ve alışkanlıklarla ilgili vatandaş kararlarıdır. Bu kategoride gıda tüketimi, tütün kullanımı, gebeliği önleyici hap ve aletlerin kullanımı gibi bireysel kararlar bulunmaktadır. Dönüşüm programlarının etkili olabilmesi için farklı davranış değişikliği yaklaşımlarının bir arada kullanılması gerekmektedir. Mevcut değerlerin içerisine yeni kavramları çekme yollarını aramak gerekir.

Bireysel davranışın değiştirilmesi için uygulanan yaklaşımlar, sadece bilgilendirme gibi az zorlayıcı yaklaşımlardan, yasak gibi çok zorlayıcı önlemlere kadar değişmektedir.

Sağlık sektörünün beş kontrol düğmesini inceleyerek elde ettiğimiz verileri verimli kullanabilmek için şu dört yol izlenmelidir:

• Literatür Bilinmeli

Uluslararası yayınlar ve internet aracılığıyla güncel bilgilere erişmek giderek daha kolay hâle gelmektedir. İlgili literatürü belirlemek ve literatüre aşina olmak için zaman ayırın. Çözmeye çalıştığınız sorunla yüzleşen veya sorun hakkında düşünen ilk kişi olma ihtimaliniz yoktur.



- **Öneri Alınmalı**

Literatürü ve diğer ülkelerin deneyimlerini gözden geçirmenizde size yardımcı olacak ulusal ve uluslararası uzmanlık mevcuttur, Dünya Sağlık Örgütü, OECD gibi. Ancak öneriler hakkında şüpheli olun. Özellikle de satacak bir şeyleri olanlardan gelen önerilerde (yüksek maliyetli bir bilgisayar programı gibi).

- **Hızlı Değerlendirmeler Yapılmalı**

Birçok soru önemli bir araştırma projesini gerektirmez. Önemli bir konuya ilişkin güvenilir tahminler elde etmek için hızlı ve ucuz yöntemler olabilir. Bu tahminler politik amaçlara ulaşmak için yeterli olabilir.

- **İyi Araştırmalar Desteklenmeli**

Düşük kalitede çalışma ve değerlendirmelerde sorunlar ortaya çıkabilir. Güvenilir araştırmalar güvenilir kanıtlar sağlar. Konu ne kadar fazla olursa hata yapmak da o kadar maliyetli olacaktır. Çoğu düşük ve orta gelirli ülkeler sağlık sistemleri araştırmasına yatırımı yetersiz yapmaktadır. Ancak bu araştırmalar zaman, planlama ve kaynak gerektirdiği için eğer verilere gerçekten ihtiyacınız varsa gerekir.

Sonuç olarak; iyi teşhis için dönüşüm ekibinin iyi hazırlıklı, meraklı, dikkatli ve deneyimlerden bir şeyler öğrenmeye istekli olması zorunludur.

Dönüşüm programını yürüten ekibin teşhisten politika geliştirme safhasına geçerken şu dört şeyi yapması gerekir:

- **Manipüle Edilebilir Değişkenleri Belirleyene Kadar “Neden” Diye Sorulmalı**

Sağlık sektöründe teşhis, problemi neyin sebep olduğunu tespiti ile mümkündür. Bu süreç her zaman açık değildir. Politikalar amaçlanmayan sonuçlara neden olabilir ve kötü yönetilebilir. Şahıslar bir şeyi yaptıklarını iddia edebilir ve uygulamada başka bir şey yapıyor olabilir. Açık ve şüpheli bir zihin ve genellikle üst düzey enerji ve meraklılık gerekmektedir.

- **Hızlı Sonuçlara Atlanılmamalı**

İdeoloji veya önyargılara dayalı olarak sorunun ne olduğuna erken aşamada karar vermek çekicidir. Ne yazık ki teşhis sürecine kısa devre yaparak atlamak az rastlanır bir durum değildir. Yanlış nedenlerin belirlenmesi kötü bir şekilde tasarlanmış politikalara neden olabilir. Bu sadece enerjiyi yanlış yönlendirmekle ve bir fırsatı kaçırmakla kalmayacak aynı zamanda dönüşümün güvenilirliğine de zarar verecektir.

- **Bilimsel Olunmalı, Yargısal Değil**

Kurumlar veya şahıslar bizim onaylamadığımız şekilde hareket ederse sorunun onlar olduğu konusunda karar verme eğiliminde oluruz. Bu yüzden teşhis sürecinde tarafsız kalmak önemlidir. Burada açık ve şüpheli bir analiz gerekmektedir.



• Sayılar Kullanılmalı

Dönüşüm programı yapmak için önemli olan her şeyin sayılara indirgenebilmesi mümkün değildir. Kaldı ki bir analistin isteyebileceği iyi kalitedeki verilerin tamamına sahip olabilme imkanı da yoktur. Sayılarla belgelenemeyen sorunları göz ardı etmeniz de düşünülemez. Mesela toplumun bir kesiminden veri alamayabiliriz.

Bütün bunlara rağmen veriler çok yardımcı olabilir. Veriler, ön yargılara ve zamanından önce verilen kararlara ilişkin bir kontrol noktası olabilir. Veriler bilimsel bir tutumun desteklenmesine yardımcı olabilir. Bilgileri akılcıca kullanmak için dönüşüm programcılarının verilerin nereden geldiği, sınırları, atladığı noktalar ve varsayımları bilmesi gerekmektedir.

B-Politika Geliştirme

Dönüşüm programlarında 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. Uluslararası tecrübelerle bakılmakta ve başarılı örnekler ülkenin şartlarına uyarlanmaktadır. İdeolojik yaklaşımlara, bireylerin veya grupların menfaatlerini öne çıkaracak olan uygulamalara karşı ihtiyatlı olunmaktadır. Ülkenin politik, ekonomik ve kültürel gerçekleri daima hesaba katılmaktadır. Muhtemel uygulama problemleri (kaynaklar, potansiyeller ve idari hukukla ilgili konularda) dikkate alınmaktadır.

Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde politika geliştirirken öncelik insan merkezli yaklaşımla erişim, kalite, hakkaniyet ve verimlilik kavramları oldu.

Politika Geliştirirken Kullanılan Temel İlkeler Şunlardır:

- **İnsan Merkezlilik:** Bu ilke, sistemin planlamasında ve hizmetin sunumunda hizmetten faydalanacak bireyi, bireyin ihtiyacını, talep ve beklentilerini esas almayı ifade etmektedir. Sağlıkta aile ortamında üretildiği gerçeğinden hareketle birey "aile sağlığı" kavramı çerçevesinde ele alınmaktadır.
- **Sürdürülebilirlik:** Geliştirilecek olan sistemin ülke şartları ve kaynakları ile uyumlu olması ve kendini besleyerek bir devamlılık arz etmesi ilkesini ifade etmektedir.
- **Sürekli Kalite Gelişimi:** Vatandaşlara sunulan hizmetlerde ve elde edilen sonuçlarda ulaşılan noktayı yeterli görmeyerek hep daha iyiyi aramayı, sistemin kendi kendisini değerlendirerek hatalarından öğrenmeyi sağlayacak bir geri bildirim mekanizması oluşturulmasını ifade etmektedir.
- **Katılımcılık:** Sistemin geliştirilmesi ve uygulanması sırasında, ilgili tüm tarafların görüş ve önerilerinin alınması, yapıcı bir tartışma ortamı sağlayacak platformların oluşturulmasıdır. Ayrıca bu ilke, sağlık sektörünün bütün bileşenlerinin sistemin kapsamı içine alınarak uygulamada kaynak birliğinin sağlanmasını amaçlamaktadır.



- **Uzlaşmacılık:** Demokratik bir yönetimin gereği olarak sektörün farklı bölümleri arasında karşılıklı çıkarları gözeterek ortak noktalarda buluşma arayışlarıdır. Çıkar çatışmasına dayalı bir uygulama yerine yöntem, standartlar ve denetim mekanizmalarında birlik sağlanması ve tarafların buna uyması hedeflenmektedir.
- **Gönüllülük:** Hizmette arz veya talep eden, birey veya kurum ayırımı yapmaksızın sistem içerisinde yer alacak bütün birimlerin belirlenen amaçlara yönelik davranmalarını sağlama yöntemidir. Sistemde hizmet üreten ve alan kesimlerin zoraki değil, teşvik edici önlemler doğrultusunda gönüllü bir şekilde yer almaları şarttır.
- **Güçler Ayrılığı:** Sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlayan, planlamasını yapan, denetimi üstlenen ve hizmeti üreten güçlerin birbirinden ayrılması ilkesidir. Bu şekilde çıkar çatışması olmayacak, daha verimli ve daha kaliteli hizmet sunumu sağlanacaktır.
- **Desantralizasyon:** Kurumlar, merkezi yönetimin oluşturduğu hantal yapıdan kurtarılmalıdır. Değişip gelişen şartlara ve çağdaş anlayışa uygun olarak yerinden yönetimin hayata geçirilmesi hedeflenmektedir. İdari ve mali yönden özerk işletmeler hızlı karar mekanizmalarına sahip olacak ve kaynakları daha verimli kullanabilecektir.
- **Hizmette Rekabet:** Sağlık hizmet sunumunun tekel olmaktan çıkarılıp belli standartlara uygun farklı hizmet sunucularının yarışmasının sağlanması ilkesidir. Böylece sürekli kalite gelişimi ve maliyet azalmasına yönelik bir teşvik ortamı oluşacaktır.

C-Politik Karar

Sağlık sektörü reformu politikasını, zor bir süreç haline getiren (diğer tüm politika reformu türlerinden daha zor hâle getiren) belli sistematik özellikleri bulunmaktadır:

- **Teknik Karmaşıklık/Zorluk**

Sağlık sektörünün düzenlenmesi kolay değildir. Birçok parça birbiri ile ilişkilidir ve birçok sonuç ortaya çıkabilir (hem amaçlanan hem de amaçlanmayan). Kapsamlı bir dönüşüm programının tasarlanması karmaşık bir teknik süreçtir. Çünkü sağlık reformcuları, beş kontrol düğmesini farklı yönlerde çevirmektedir. Dönüşüm programcılarını genellikle sistemin birçok parçasını aynı zamanda geliştirmeye çalışmakta, bu da programın hem ayrıntılarının hem de genel etkisinin uzman olmayanlar tarafından anlaşılmasını zorlaştırmaktadır. Teknik sorunların, sektör üzerindeki etkisi ve kamusal algıda karmaşıklıkla sebebiyle siyasi sorunlar ortaya çıkabilmektedir.



• İyi Organize Olmuş Grupların Mali Durumlarındaki Değişimler

Dönüşüm programları genellikle doktorlar veya ilaç endüstrisi gibi güçlü gruplar için istenmeyen maliyetlere neden olmaktadır. Gruplar çıkarlarını korumak için dönüşüme karşı siyasi engeller oluşturmaya çalışabilir.

• Organize Olmayan Gruplar İçin Yapılan Harcama

Dönüşüm programları genellikle yeni faydaların dezavantajlı olan gruplara (örneğin yoksullar veya kırsal kesim sakinlerine) odaklanmasına çabalamaktadır. Bu gruplar genellikle iyi organize olamaz ve siyasi bağlantıları azdır. Üstelik bu değişiklikler her bir şahıs için aynı faydayla sonuçlanmaz. Düşük gelirli gruplar arasında dağılan maliyetler siyasi desteğin mobilize edilmesini zorlaştırabilir.

• Sağlık Bakanlığı Dışında Diğer Hükümet Aktörlerinin Dönüşüm Programı Üzerindeki Rollerini

- Maliye Bakanlığı: Özellikle reform sağlık hizmetlerinin finansmanında değişiklikleri ve Sağlık Bakanlığının bütçesindeki değişiklikleri içeriyorsa,
- Sosyal Güvenlik Kurumu: Reform teklifi sağlık hizmetleri sunumunda değişiklikleri ve devlet sağlık tesislerinin yeniden organizasyonunu içeriyorsa,
- Ekonomi veya Planlama Bakanlıkları: Reform teklifi, genel ekonomik büyüme veya borç affi konusunda kararlar içeriyorsa,
- Milli Eğitim Bakanlığı: Okul sağlığı hakkında politikalar içeriyorsa,
- Tarım Bakanlığı: Politikalar zoonotik hastalıklar, tütün, bitkisel ilaç vb. ilgili ise,
- Sanayi ve Ticaret Bakanlığı: Patent, piyasa gözetim denetim, tıbbi teknoloji politikaları vb. konuları ilgilendiriyorsa,
- YÖK: Tıp fakültelerini etkileyen politikalar içeriyorsa,
- Yerel veya Bölgesel Yönetimler: Reform teklifi desantralizasyonu içeriyorsa,

Sağlık sektöründe dönüşümün kabul görmesi yalnızca siyasal irade ile ilgili değildir. Aynı zamanda etkili bir politika stratejisi oluşturma sorunudur. Bir reform teklifinin kabul edilip edilmeyeceği taraftarlarının istekliliğine, ilgisine, becerisine ve kullandıkları siyasal stratejilere bağlıdır. Uygulamanın ardındaki otoritenin, politik gücün durumu, uygulayıcıların ve dönüşümden etkilenenlerin dönüşümü benimsemelerini kolaylaştırır. 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 Başbakanımızın durmasının büyük payı oldu.



D-Uygulama

Dönüşüm programının uygulanması şu organizasyonel görevleri içermektedir:

- Uygulama planının geliştirilmesi
- Planı gerçekleştirmesi için bir takımın toplanması ve bunlara görevlerin verilmesi
- Programların geliştirilmesi ve koordine edilmesi
- Uygulayıcıların motivasyonu
- Geri bildirim sağlanması

Dönüşüm için atılacak her adımda bütüncül yaklaşıma özen göstermek zorundayız. Sağlık sisteminin bütün aktörlerini dikkate alarak ve fotoğrafın bütününe bakarak politika ve program geliştirmemiz gerekmektedir. Dönüşüm programının hayata geçişi sürecinden her bir bileşen ile ilgili temel olarak dört aşama gerçekleştirilmektedir.

1. Kavramsallaştırma

Birinci aşama “kavramsallaştırma” aşamasıdır. Programla ilgili amaçlar, ilkeler geliştirme, uygulama süreci kavramsal olarak ortaya konmakta, konunun ulusal ve uluslararası uzmanları ile tartışılarak netleştirilip geliştirilmektedir.

2. Yasalaşma

Kavramsallaşmaya paralel olarak faz farkı ile arkadan gelecek olan ikinci aşama “yasalaşma” sürecidir. Bu süreçte kavramsal netliğe kavuşmuş ve mevzuat (yasa, yönetmelik, bakanlar kurulu kararı gibi) ihtiyacı gösteren alanlarda gerekli düzenlemeler yapılmaktadır.

3. Kontrollü Yerel Uygulamalar

Programı bir paket olarak hayata geçirmenin gerçekçilikten uzak bir yaklaşım olduğu bilinmektedir. Bu aşamada program çerçevesinde oluşturulan bazı yeniliklerin ve iyileştirmelerin ülke geneline yayılmadan önce sınırlı ve kontrollü uygulamaları yapılmaktadır.

4. Ülke Geneline Yaygınlaştırma

Dördüncü aşama, ülke genelinde uygulamaya geçiştir. Doğal olarak, her bileşen için bu dört aşamadan geçmek gerekli olmayabilir. Her bileşenin bütün aşamalarının, aynı zaman dilimleri içerisinde gerçekleşmesi gerekli değildir. Birbirini beklemeden ilerleyecek kısımlar olduğu gibi birbirini beklemek zorunda olan bölümler de vardır.



E-Değerlendirme

Yeni bir programın değerlendirilmesi, bu programı tamamen uygulayıcaya kadar bekleyemez. Uygulamadan önce dayanak olacak veriler toplanmalı ve değerlendirme yapacak idari sistemler oluşturulmalıdır.

En kolay değerlendirme yaklaşımı, önce ve sonra karşılaştırmasıdır. Delillere 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.

Değerlendirmeye esas olan konu dönüşüm programının amaçlarıdır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın amaçları sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulmasıdır.

Etkililik, uygulanacak politikaların halkımızın sağlık düzeyini yükseltmesi amacını ifade etmektedir. Sağlık hizmetinin sunumundaki en büyük hedef hastaları tedavi etmek yerine insanların hastalanmasının önlenmesi olmalıdır. Bu amaca ulaşıldığı, epidemiyolojik göstergelerde sağlanacak ilerlemelerle gösterilecektir. Anne ve çocuk ölümlerinin azaltılması ve doğuştan beklenen yaşam süresinin artırılması bu amaca ulaştığımızın en somut kanıtı olmaktadır.

Verimlilik, kaynakları uygun şekilde kullanarak maliyeti düşürüp, aynı kaynakla daha fazla hizmetin üretilmesidir. İnsan kaynaklarının dağılımı, malzeme yönetimi, akılcı ilaç kullanımı, sağlık işletmeciliği ve koruyucu hekimlik uygulamaları bu esas çerçevesinde değerlendirilmelidir. Ülkenin tüm sektörel kaynaklarının sistem içine alınması ve entegrasyonunun sağlanması verimliliği artırmaktadır.

Hakkaniyet, bütün insanlarımızın sağlık hizmetlerine ihtiyaçları ölçüsünde ulaşmalarının ve hizmetlerin finansmanına mali güçleri oranında katkıda bulunmalarının sağlanmasıdır. Gerek farklı sosyal gruplar, gerek kırsal - kent, gerekse doğu - batı arasındaki sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık göstergeleri ile ilgili farklılıkların azaltılması, hakkaniyetin hedefi kapsamında yer almaktadır.

Dönüşüm programının amaçlarına uygun bir şekilde yapılan uygulamaların değerlendirmesi dört performans hedefi ile ölçülür:

1. Sağlık Göstergelerindeki İyileşmeler

Toplumun sağlık durumu, bizim ilk performans hedefimizdir. Sağlık göstergelerinin diğer ülkeler ve geçmiş yıllara göre analizi mutlaka yapılmalıdır. Sağlık Politikalarının analitik zeminini bu rakamlar oluşturur.



2. Vatandaşı Finansal Riskten Koruma

Bu husus, sağlık sektörü politikalarının önemli bir gayesi ve sağlık reformu politikalarının önemli odak noktasıdır. Bu koruyuculukla, bireyin hastalandığı zaman maddi açıdan zorlanmaksızın tedavi olabileceği bir güvence kastedilmektedir. 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 meydana getirilebilmektedir. Bu korunma, sektörün finanse ediliş şekline büyük 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.

3. Vatandaşın Verilen Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyeti

Vatandaşın, sağlık sektörü tarafından kendisine sunulan hizmetlerden ne derece memnun olduğunu. Gerçekte sağlık hizmetinin etkililiğini veya kalitesini tek başına göstermeyeceği yönünde yaygın kabul vardır. Ancak vatandaşa odaklanmayan ve onun beklentilerine cevap vermeyen bir sistemin de sonuç alabilmesi mümkün değildir. Vatandaşların hizmetleri beğenerek kabullenmesi, sürece katılımını sağlayacak ve çok daha hızlı bir şekilde sonuç almaya yardımcı olacaktır. Bu yüzden memnuniyet temel kıstaslar arasında kabul edilerek vatandaşların kendilerine sunulan sağlık hizmetlerini nasıl değerlendirdikleri dikkate alınmak suretiyle 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.

4. Sağlık Sisteminin Finansal Sürdürülebilirliği

Sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliği, sağlık finansman dengesinin sağlanması ile mümkündür. Dönüşüm programlarında sağlık finansman dengesine etki eden faktörler şunlardır:

- **Reform Maliyeti:** Sağlık reformlarının başlangıcında sağlık harcamalarının belirli bir trendle artması kaçınılmazdır. Reformu gerekli kılan aksaklıkların giderilmesi, reform sürecinin başarılı şekilde yürütülebilmesi ve tamamlanabilmesi için belirli bir ek maliyet gerekir.
- **Arz Faktörleri:** Vergi ve primlerin toplanma şekli, yeni tedavi teknolojileri, yeni tedavi seçenekleri sağlık hizmet arzını ve maliyetini etkileyen faktörlerdir.



- **Talep Faktörleri:** Yaşam süresinin uzaması ve yaşlanan nüfus gibi demografik değişimler, sağlıksız yaşam tarzları, kronik hastalıklar, sosyo-ekonomik değişime paralel sağlık farkındalığı ve sağlık beklenti düzeyindeki artış sağlık hizmet talebini artıran faktörlerdir.
- **Makro-Ekonomik Faktörler:** Ekonomik büyüme, bütçeden sağlığa ayrılan pay, sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı gibi faktörler sağlık finansmanını etkileyen makro ekonomik faktörlerdir.

Dönüşüm programının başarı ile sürdürülebilmesi ve oluşturulan sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliğinin sağlanabilmesi için bu faktörlerin etkilerinin optimum dengede tutulması zorunludur.

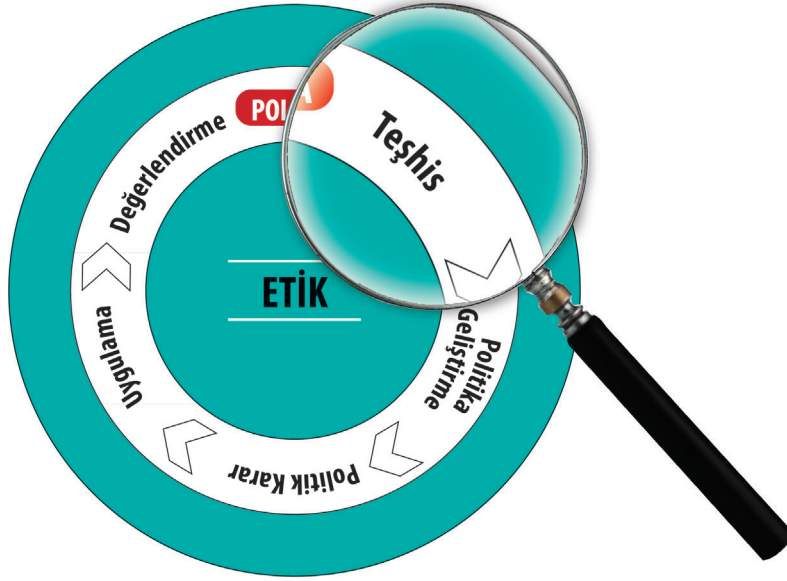
Dönüşüm programı uygulanırken finansal sürdürülebilirliğin sağlanmasında şu unsurlar öncelikle önemlidir:

- Sağlık hizmet açığının büyük ölçüde karşılanmış olması
- Koruyucu sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi
- Sağlıklı yaşamın teşvik edilmesi
- Akılcı ilaç kullanımı
- İlaç fiyatlarının kontrol altında tutulması
- Ekonomik büyümenin sürdürülmesi
- Global bütçe uygulaması
- Hizmet alımı yoluyla verimlilik artışı
- Yeni yatırımlarda Kamu-Özel Ortaklığı modeli uygulanması

TÜRKİYE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI



A. TEŞHİS



2002 yılı sonunda Türk sağlık sisteminin içinde bulunduğu durum hizmet sunumundan finansmanına, insan gücünden bilgi sistemine kadar ilgili birçok alanda köklü değişikliklere gidilmesini gerekli kıldı. Bu bölümde öncelikle “Sağlıkta dönüşüm öncesi tablo ne şekildeydi?” bunun üzerinde durmak istiyoruz.

1

Finansman

- Çoklu ve parçalı yapıda bir sağlık finansmanı mevcuttu.
- Sağlık finansmanı ile ilgili birimler arasında (Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, DPT ve Hazine Müsteşarlığı) uyum ve koordinasyon yoktu.
- Aktüeryal dengeler tamamen bozulmuştu.
- Sağlık harcamalarındaki artış hızı ile milli gelir artışı hızı arasında korelasyon yoktu.
- Sağlık finansmanı hesaplamaları yapılırken sadece sağlık bakım maliyetleri hesaplanıyor, mikro, makro maliyetler ve sosyal refah maliyeti göz ardı ediliyordu.
- Kamu kaynaklarının etkin ve verimli kullanılmasını sağlamak üzere oluşturulmuş performans esaslı bütçeleme olmadığı için kamu sağlık hizmetleri finansmanında mali disiplin, hesap verebilirlik ve mali saydamlık yoktu.
- Sağlık hesaplarının rutin olarak tutulmasını ve izlenmesini sağlayan bir “ulusal sağlık hesabı sistemi” olmadığından doğru verilere ulaşmak imkânsızdı.



- Sağlık finansmanı politikaları üzerinde, siyasi hesap verme sorumluluğu olmayan IMF bürokratları etkindi.
- Sağlık finansmanında ne dikey hakkaniyet (finansal yükün zengin ve yoksullar arasında dağılımı) ne de yatay hakkaniyet (aynı gelir düzeyindekiler arasındaki adalet) mevcuttu.
- Sağlık finansmanı stratejisinin en önemli unsurlarından olan risk havuzlaması (zorunlu sosyal sigorta, özel sigorta ve cepten ödeme) ne matematik ne de etik değerlerle bağdaşıyordu.
- Tüm nüfusu kapsayan bir sosyal güvence sistemi olmadığı gibi sigortasız çocuklarla ilgili de herhangi bir düzenleme yoktu.
- Birinci basamak sağlık hizmetleri dahil olmak üzere sigortalı vatandaşların bile çoğunluğu sağlık hizmetine ulaşamıyordu. Kişi başı hekime müracaat sayısı yılda 2,7 idi.
- Koruyucu ve temel sağlık hizmetleri için ayrılmış bütçe çok yetersizdi.
- 112 Acil taşıma hizmetleri için sigortalı, sigortasız tüm vatandaşlardan ücret talep ediliyordu.
- Çok az sayıda vatandaşımız özel hastane ve tıp merkezlerinden yüksek ücretler ödeyerek faydalanabiliyordu, yalnız gelir düzeyi yüksek vatandaşın sağlık hizmetine tam olarak erişimi mümkündü.
- Yüksek gelir grubunda bulunmayan vatandaşlar ciddi bir sağlık sorunu ile karşılaştıklarında (kanser, organ nakli, doğumsal anomali, kalp-damar cerrahisi vb.) ailelerini fakir hale düşürecek sağlık harcaması yapmak zorunda idi.
- Kendilerine “Yeşil Kart” sistemi ile sağlık hizmeti verilen yoksul vatandaşlarımızın ayaktan tedavilerinde muayene, tetkik ve tahlilleri ile dış çekimi, gözlük ve acil tedavi giderleri ödenmiyordu.
- Hastanede yatan hastalar (sigortalılar dahil) ilaç ve tıbbi malzemeleri kendileri temin etmek zorunda idi ve bunun için çoğu defa ilave ücret ödemeleri gerekiyordu.
- Kamuda çalışan doktorlar için aynı zamanda özel muayenehane işletme had safhadaydı. Bu durum devlet hastaneleri, SSK hastaneleri ve devlet üniversite hastanelerine giden vatandaşın önemli hastalık durumlarında hizmet alabilmek için muayenehanelere taşınması ve büyük paralar harcamasına yol açıyordu.

Mevcut sağlık finansmanı sistemi hasta ile hekimi hem karşı karşıya getiriyor hem de çaresiz bırakıyordu. Sağlık hizmetini sunan da alan da sistemin mağduru idi.



- Sağlık hizmeti sunan ve alan kurumların bütçeleri hiçbir stratejik plana dayanmadan el yordamıyla oluşturuluyordu.
- Farklı sosyal güvenlik kurumlarının (SSK, BAĞ-KUR, Emekli Sandığı) farklı geri ödeme mekanizmaları vardı. Ortak bir model ve stratejileri yoktu.
- Sağlık hizmeti sunan kurumlar ile geri ödeme kurumları arasında metodolojisi ve süresi belirlenmiş bir ödeme takvimi yoktu.
- Temel ve koruyucu sağlık hizmetlerinin sağlıklı yürütülebilmesi için düzenlenmiş bir ödeme modeli yoktu.
- Kırsal alanda yaşayan vatandaşlar için düzenli gezici sağlık hizmet uygulaması çok yetersiz olduğundan (nüfusun sadece %20'si için mevcuttu) buralarda yaşayanlar temel sağlık hizmetlerine erişimde zorlanıyorlardı.
- Uygulanan vaka başı ödeme sistemi bürokrasinin hantallığına teslim edilmişti. Hastanelerde hizmetlerin faturalandırılmasında ve bunların kontrolünde aksaklıklar vardı.
- Kamu hastaneleri sürekli nakit sıkıntısı çekiyor, bu da işletme maliyetlerini sürekli artırıyor.
- Yeşil Kartlıların tedavilerinde usulsüzlük sıradan hale gelmişti.
- Sağlık personeline işin niteliğine ve niceliğine bakılmaksızın sabit ödeme yapılmaktaydı.
- Kamu hastanelerinde kayıt dışılık normal kabul edilmeye başlanmıştı. Hastanelerin ne düzenli muhasebe sistemleri vardı ne de düzenli mali takipleri yapıyor.
- Kaynak israfı hastanelerde kamu işletmeciliğinin normal bir bileşeni kabul ediliyordu.
- Kamu sağlık tesislerinde rasyonel bir geri ödeme mekanizması olmadığı için gereksiz sevkler rutin bir işlem haline dönmüştü.
- Sigortalı vatandaşların bile tedavi ve ilaç masraflarını cepten karşılaması, “bıçak parası” diye tabir edilen, ameliyat için para ödeme sistemin bir parçası haline gelmişti.
- Performansa göre ödeme yoktu (hem çalışanlar, hem yöneticiler için).



- Birinci basamak yeterince güçlü olmadığından koruyucu ve temel sağlık hizmetleri yetersizdi.
- Birinci basamakta çalışan hekimler bu alanda hizmet vermek üzere yönlendirilememişti. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev alan pratisyen hekimlerimiz, içinde buldukları çalışma şartları, sosyo-ekonomik durum ve uzmanlık beklentileri nedeniyle kendi hizmetlerine yeterince odaklanamamaktaydı.
- Kentsel alanlarda, özellikle de büyük şehirlerde sağlık ocağı alt yapısı yetersizdi. Daha önce verem savaş dispanseri, Aile Planlaması ve Ana Çocuk Sağlığı Merkezi gibi özel amaçla kurulmuş birçok birinci basamak sağlık kuruluşları etkin çalışamaz durumdaydı.
- Kırsala düzenli sağlık hizmeti verilme oranı çok düşük olduğundan buralarda koruyucu ve temel sağlık hizmetlerine ait göstergeler oldukça olumsuz durumdaydı.
- Vatandaşlar sağlık hizmetini birinci basamaktan alma konusunda isteksiz ve doğrudan hastaneye gitme eğilimindeydi. Birinci basamaktaki yetersizlikler hastanelerde yığılmalara sebep olmakta ve hizmet maliyetlerini yükseltirken hizmet kalitesini düşürmekteydi.
- Acil sağlık hizmetleri kentlerde yetersiz ve koordinasyonsuzdu. Kırsaldan acil hasta taşıma çok yetersizdi.
- Kamu hastaneleri bakımsız ve tamamına yakını koğuş tipi odalardan oluşuyordu. İçinde tuvaleti ve banyosu bulunan odalar hastanelerde adeta parmakla gösteriliyordu.
- Kamu ve özele bağlı hastanelerde yoğun bakım, yanık ve yenidoğan gibi birimler hem nitelik hem de nicelik olarak yok denecek noktadaydı.
- Kamu hastaneleri tıbbi cihaz fakiri idi. Eğitim ve araştırma hastaneleri bile ne yazık ki aynı kaderi paylaşıyordu.
- Hastanelerin yönetim ve organizasyonunda performans ve kaliteye dair kavramsal düzeyde bile yaklaşım yoktu.
- Hastane yöneticilerinin yönetim süreci, satın alma ve personel üzerindeki etkileri sınırlı idi.
- Mevcut sağlık sistemi, sağlık yöneticilerinin girişimci olmalarına ve inisiyatif almalarına müsaade etmiyordu.
- Yöneticilere hesap verme sorumluluğu oluşturan raporlama ve denetim sistemleri yoktu.
- Kamu hastanelerinde en organize ve koordineli çalışan faaliyet, yaygın muayenehanecilik ve sigortalı vatandaşlar da dahil olmak üzere cepten para ödeme zarureti idi!
- Sağlık sektöründe insan gücündeki sayısal yetersizliklerin yanında, personelin ülke geneline yayılmasında dengesizlikler vardı.



- Sağlık Bakanlığı sektörün bütününe bilgi sağlamak yerine, sadece kendi kurumları ile ilgili istatistik üretmekteydi. Veri toplanmasında ve akışında yeterli organizasyon ve denetim sağlanmadığı için istatistiki sonuçlar güvenilir değildi. Sonuçta bu veriler bilgiye çevrilmemiş ve yönetim amacıyla kullanılamamıştı.
- Bireylerin sağlık kayıtları birçok yerde poliklinik kartı düzeyini aşmamakta, hastanelerde tutulan düzensiz dosyalar da bazen arşivlerde kaybolmaktaydı. Bireylerin sağlık kayıtlarının tutulacağı bütüncül bir sistem olmadığı gibi epidemiyolojik verileri toplayıp analiz edecek bir hastalık kayıt ve bildirim yapısı da oluşturulamamıştı.
- Bilgi sistemlerinin kullanımı tamamen kayıt toplama ve depolama aşamasında kalmış ve böyle olduğu için de bilgi sistemlerinin asıl fonksiyonu olan verinin bilgiye dönüştürülmesi, analiz edilmesi, bu bilginin kullanılması ve yönetime destek olması gibi faydaları sağlanmamıştı. Bu durum, bilgi sistemlerini genellikle bir iş yükü haline getirmişti.

4

Düzenleme

- Kamu hastanelerinin verimliliğe dayanan finansal yönetim modeli yoktu.
- Bakanlık, SSK, üniversite hastaneleri, kurum hastaneleri ve özel hastaneler arasında etkili bir koordinasyon olmadığından hizmet ve yatırım planlamaları toplumsal ihtiyaçlarla paralel yapılamamaktaydı.
- Sağlık sektörünün “stratejik yönetim”i yoktu. Sağlık Bakanlığı, daha çok kendi kurumlarında hizmet vermeye yoğunlaştığından politika geliştirme ve sektöre yön vermekte yetersizdi.
- Sağlık Bakanlığı ve SSK hastaneleri adeta iki farklı ülkenin sağlık hizmeti sunucuları gibi davranıyordu. Emekli Sandığı, BAĞ-KUR, SSK üyeleri gibi farklı sosyal güvenlik kapsamı altındaki kesimlerin sistemde temelde sadece belirli hastane gruplarından hizmet alabiliyor olması verimsizliği arttırıyordu.
- Sağlık Bakanlığı ve SSK hastanelerinde merkezîyetçi yapı vardı. Malzeme ve personel yönetimi esnek ve akılcı değildi.
- Sağlık hizmet sunumunda kamu hastaneleri hasta ile hekim arasında paratoner gibi kullanılıyor, özel sektör ise bir avuç insana hitap ediyordu. Kamu, vatandaşa sağlık hizmetini bir lütuf gibi görerek sağlık hizmet sunumunu iyasa şartlarına terk ediyordu.
- Kamu ve özel sağlık tesislerinin hizmet sunumu karşılığında alacağı ücretlerle ilgili rasyonel bir düzenleme yoktu.
- Kamuda çalışan her dört hekime bir muayene odası düşüyordu (çalışma saatlerinde diğer üç hekimle hastaların buluşması mümkün olmuyordu). Diğer taraftan o muayene odasına ulaşım birkaç dakika muayene olabilmek için vatandaşlar saatlerce bekliyordu.



- Kamu sağlık hizmet sunumundaki aşırı bürokratik süreçler, hem vatandaşı hem de sağlık çalışanlarını bezdirmişti.
- Sağlık sisteminin parçalı yapısı, hasta kayıt sistemlerindeki dağınlık ve her kurumun kendi sistemini oluşturmaya çalışması, karmaşık bir yapıya yol açmıştı. Birinci basamaktan başlayarak bireylerin sağlık kayıtlarının düzenli ve sürekli tutulduğu bir tıbbi kayıt sistemi mevcut değildi.
- Koruyucu ve temel sağlık hizmetleri ülke ihtiyaçlarına cevap vermekten uzaktı. Ülkemiz 1980 yılında rutin aşılama programında altı çeşit aşıya sahipken 2002 yılında bu rakam sadece yedi olmuştu.
- Önemli bir halk sağlığı sorunu olan sigara kullanımı konusu, sigara sektörünün inisiyatifinde yürüyordu.
- Organ ve doku transplantasyonu konusu vatandaşın çaresiz kaldığı bir alandı.
- Vatandaşın isteklerinin ve şikayetlerinin değerlendirildiği organizasyon yoktu. Vatandaş sistemin çaresizliğine terk edilmişti.
- Sunulan hizmetlerin ve elde edilen sonuçların değerlendirilmesi yapılamıyordu.
- Özel sağlık hizmeti sunucularının kuruluş aşamasında uyması gereken bazı standartlar olmasına rağmen hizmet süreci ve hizmetin sonuçlarının ölçülmesi yolunda somut adımlar atılamamıştı. Bununla ilişkili olarak, ruhsatlandırma ve akreditasyonla ilgili kavram kargaşası vardı.
- İnsan kaynaklarının planlanması, eğitimi ve kullanımı ayrı ayrı kuruluşlar tarafından yapılmakta (planlama DPT, eğitim üniversiteler, istihdam Sağlık Bakanlığı ve SSK) ancak bunlar arasında etkili bir koordinasyon sağlanamamakta idi.
- Personel atama ve nakillerinde şeffaflık ve hakkaniyet yoktu. Atamalarda siyasi inisiyatif rol oynuyordu; kirlenmeden korunmak mümkün değildi.
- Dünyanın bazı gelişmiş ülkelerinde de hakkaniyetli erişim sağlamak amacıyla hekimler için başarıyla uygulanan “zorunlu hizmet” amaca uygun şekilde uygulanmıyordu.
- Bir tarafta “zorunlu hizmet” uygulanmaya çalışılırken diğer tarafta hekim eksikliğinin farkında olunmadığı için YÖK’le geleceğe ait bir planlama yapılmıyordu.
- Sağlık bakanlığı dâhil hemen her paydaş hekim sayısı ve hemşire sayısının yeterli olduğundan bazen fazla olduğundan bahisle tamamen yanlış bir yaklaşım içindeydi.
- Merkez ve taşra yöneticilerinin, sağlık hizmet ağını yönetmesinde koordinasyonsuzluk ve başı boşluk mevcuttu.
- Sağlık politikası geliştirme, sağlık yönetimi, hastane yönetimi ile ilgili yeterli bilgi ve beceri ile donatılmış yöneticiler ve bunları yetiştirmeye yönelik eğitim programları nicelik ve nitelik bakımından yok denecek kadar azdı.
- İlaçların ruhsatlandırılması, üretimi, fiyatlandırılması, satışı, ihracatı, tanıtımı, kontrolü, araştırma geliştirme faaliyetleri, fikri mülkiyet haklarıyla ilgili kamunun haklarını koruyacak çağdaş ve rasyonel düzenlemeler yoktu.



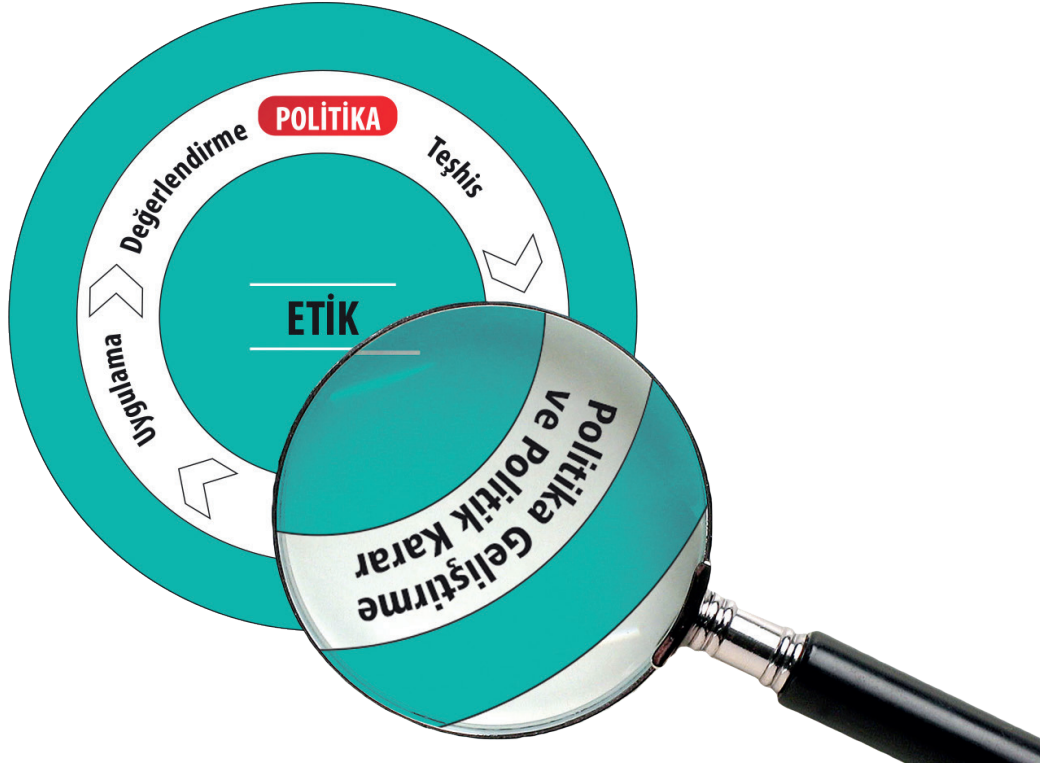
- Sağlık hizmetinin sunumundaki en büyük hedef, hastaları tedavi etmek yerine insanların hastalanmasının önlenmesi iken bu prensibin tam aksi uygulanmaktaydı.
- Kamu sağlık hizmeti sunumunda hizmetten faydalanacak birey, bireyin ihtiyaç, talep ve beklentileri dikkate alınmıyordu. Sağlığın aile ortamında üretildiği gerçeğinden hareketle birey “aile sağlığı” kavramı çerçevesinde değerlendirilmiyordu.
- Kamu sağlık hizmet sunumunda hayat tarzı ve hastalıktan koruyucu davranış değişikliği programları yetersizdi.
- Sağlık hizmet sunumunun en önemli bileşenlerinden biri olan “hasta uyumunu değiştirici programlar” yoktu (anne sütünün teşviki, doğrudan gözetim tedavisi gibi).
- Kamu sağlık hizmet sunumunda vatandaşın hiçbir tercih hakkı yoktu. Vatandaş hangi hekime muayene olacağını bile kendisi belirleyemiyordu.
- Kamu sağlık tesislerinde çok yüksek hasta sevki mevcuttu. Tedavinin bir parçası gibi hem hastalar hem de hekimler hasta sevki işlemini bir rutin olarak benimsemişti.
- Hastaların her türlü problemde ikinci veya üçüncü basamak sağlık kurumuna başvurma alışkanlığı vardı.
- Sigortalılar dahil olmak üzere vatandaşlar, kamu hastanelerinden faydalanabilmek için muayenehaneden geçmeyi sistem olarak kabul etmişlerdi.
- Yöneticilerin kaynakları uygun şekilde kullanarak maliyeti düşürüp, aynı kaynakla daha fazla hizmet üretme motivasyonu ve çabası yetersizdi.
- Sağlık çalışanlarının vatandaşa karşı olumsuz davranışları adeta “hasta hakkı” kabul ediliyordu.
- Sağlık yöneticilerinin ve çalışanlarının mesleki algı ve davranışlarını değiştirecek eğitim programları bulunmuyordu.
- Mevcut sistemden dolayı başta hekimler olmak üzere sağlık çalışanlarının motivasyonları meslek onurunu ve hasta haklarını yeterince koruyamadıkları için zayıflamış durumdaydı.
- Hekim seçme hakkı, hasta hakları birimi ve evde bakım hizmeti yoktu.
- İlaça erişimde zorluk vardı.

TÜRKİYE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI



B. POLİTİKA GELİŞTİRME VE POLİTİK KARAR





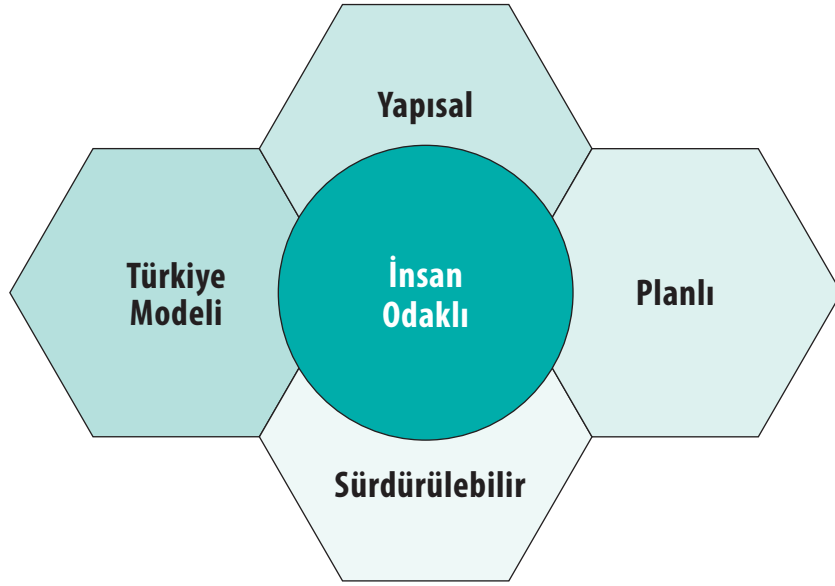
Bir ülkede sağlık sisteminin iyileştirilmesi hedefleniyorsa, önce o ülkedeki siyasi otoritenin kuvvetli desteğinin sağlanması gerekir. İşin mali ve toplumsal boyutları hesaba katılmalıdır. Birçok menfaat odağının reforma karşı çıkacağı dikkate alınmalıdır. Böyle zamanlarda yanınızda duran, sizi destekleyen, sizi cesaretlendiren bir başbakanın, bir devlet başkanının, bir kabine yönetiminin, bir meclisin olması elzemdir. Aksi takdirde başarılı olunamaz.

Dönüşüm sürecinin döngüsel yapısı nedeniyle, dönüşüm politikası sürekli olarak gelişmektedir. Dönüşüm programı, tabii olarak bazı grupların çıkarlarını güçlendirecek, bazılarını zayıflatacaktır. Bunda önemli olan halkın çıkarlarının diğer grupların çıkarlarının gerisinde bırakılmamasıdır. Grupların çıkarları, dönüşüm politikasının uygulanışını ve yeniden tasarımı etkilemeye çalışır. Yeni harici şoklar meydana gelebilir. Bunlar, siyasi algılamaları değiştirebilir. Dönüşüm programını oluşturanların kendi teknik analizlerini yeniden değerlendirmeleri gerektiği gibi dönüşüm süreci ilerledikçe siyasi analizlerini yeniden yapmaları gerekmektedir. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı, bu gerçeklerden hareketle kurgulandı, süreç yönetimi bu hususlar ışığında gerçekleştirildi.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın siyasi stratejisini belirleyen birinci faktör insandı.



Bu temel gerçekten yola çıkarak 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı'nı uygulamaya koyduk. Programı, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirmesi başta olmak üzere geçmiş birikim ve tecrübelerden, son dönemde yürütülen sağlık reformu çalışmalarından ve dünyadaki başarılı örneklerden istifade ederek hazırladık. Cumhuriyetimizin kuruluşundan bugüne kadar sağlıkta atılan bütün adımları değerlendirdik, daha önce Bakanlık bünyesinde yürütülen proje çalışmalarını gözden geçirdik ve geçmişin olumlu mirasına sahip çıktık.



Sağlıkta Dönüşüm Programı'nı küresel gelişmeleri gözetken, ülkemizin sosyo-ekonomik gerçeklerine uygun, yapısal, planlı ve sürdürülebilir bir Türkiye modeli olarak hazırladık. Programı bütün vatandaşların ülkenin eşit haklara sahip kişileri olarak sağlık hizmetlerine hakkaniyet içinde erişmelerini gaye edinen insan odaklı ahlâki anlayış üzerine inşa ettik.



Koruyucu ve Temel Sağlık Hizmetleri

- 5502 sayılı “Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu” ile tüm vatandaşlarımızın birinci basamak sağlık hizmetlerini ücretsiz almasını sağladık.
- 2002 yılında 928 milyon TL olan koruyucu ve temel sağlık hizmetleri bütçesini, 2011 yılında 6 milyar 425 milyon TL’ye ulaştırarak reel olarak 2,7 katına çıkardık.
- 112 Acil hizmetlerini tamamen ücretsiz hale getirdik.
- Ücretsiz gezici sağlık hizmetlerini tüm kırsala yaygınlaştırdık.

Teşhis ve Tedavi Hizmetleri

- Sağlıkta Dönüşüm Programı başlamadan Acil Eylem Planı çerçevesinde ilk iş olarak hastanelerde rehin kalmaya son verdik.
- 5283 sayılı “Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığı’na Devredilmesine Dair Kanun” ile kamu hastanelerini tek çatı altında birleştirerek 37 milyon SSK’lının kamu hastanelerinden hizmet almasına imkân verdik.
- 5510 sayılı “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu” kapsamında vatandaşlarımızın sağlık sigortalarıyla özel hastaneler ve tıp merkezlerinden hizmet almasını sağladık.
- Acil ve yoğun bakım tedavilerini kamu ve özel tüm hastanelerde ücretsiz vermeye başladık.
- Özel hastanelerde yanık, kanser, yeni doğan, organ nakilleri, doğumsal anomaliler, diyaliz ve kalp damar cerrahisi işlemlerinden ilave ücret alınmamasını sağladık.
- Sigortalı olsun veya olmasın herkesin acil durumlarda, salgın hastalık, iş kazası ve meslek hastalığı durumlarında her türlü sağlık yardımından ücretsiz yararlanmasını sağladık.
- 5222 sayılı Kanun “Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşlanması Hakkında Kanunda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun” ve 5489 sayılı “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu” ile:
 - Yoksul vatandaşlarımızın, tıpkı diğer sigortalılar gibi kamu sağlık hizmetlerinden faydalanabilmesini,
 - Ayaktan tedavilerinde muayene, tetkik-tahlil, ilaç, diş çekimi ve protezi, gözlük ve acil tedavi giderlerinin ödeme kapsamına alınmasını,
 - Diş, kanal ve dolgu tedavisi hizmetlerinden ücretsiz faydalanmalarını,
 - Müstahak olduğu halde, yeşil kart almadan hastalanan vatandaşlarımızın geçmişe dönük sağlık giderlerinin devlet tarafından karşılanmasını sağladık.



İlaç ve Eczacılık

- İlaçta Referans Fiyat Sistemi uygulamasına geçtik.
- 5222 sayılı Kanun “Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılınması Hakkında Kanunda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun” ve 5489 sayılı “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu” ile Yeşil Kartlı yoksul vatandaşlarımızın:
 - Ayaktan tedavilerinde ilaç giderlerinin ödeme kapsamına alınmasını,
 - İlaçlarını istedikleri eczaneden alabilmelerini sağladık.
- Sağlık Uygulama Tebliği ile hastanelerin, yatan hastalar için ilaç ve tıbbi malzemeleri ücretsiz sağlaması uygulamasına başladık.

Kurumsal Yapılanma ve Kapasite Geliştirme

- Performansa dayalı ek ödeme sistemi ile kamuda tam zamanlı çalışmayı teşvik ettik.
- Kamu kaynaklarının etkin ve verimli kullanılmasını sağlamak, kamu hizmetlerinin finansmanında mali disiplin, hesap verebilirlik ve mali saydamlık sağlamak üzere 5018 sayılı “Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu” çıkardık.
- Tüm hastanelerimizde performans esaslı bütçeleme uygulayarak hedef odaklı yönetime geçtik.

Sağlıkta Finansal Yönetim

- Bakanlığımızca sunulan sağlık hizmetlerinin finansmanında uygulanmak üzere “Global Bütçe Modelini” geliştirdik.
- Ekonomi Koordinasyon Kurulu (Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, DPT ve Hazine Müsteşarlığı) ile sağlık finansmanı ile ilgili birimler arasında uyum ve koordinasyonu tesis ettik.
- 5510 sayılı “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu” kapsamında:
 - Aktüeryal dengelerin gözetilmesini,
 - SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı sigortalılarının genel sağlık sigortası prim oranlarının eşitlenmesini,
 - Vatandaşlarımızın sağlık sigortalarıyla özel hastaneler ve tıp merkezlerinden hizmet almasını,
 - Sigortalı olsun veya olmasın herkesin salgın hastalık, iş kazası ve meslek hastalığı durumlarında her türlü sağlık yardımlarından ücretsiz yararlanmasını,
 - Yurt içinde tedavisi mümkün olmayan hastalıklarda tüm sigortalılar için yurt dışında tedavi olabileme imkânı,
 - 18 yaşın altındaki tüm nüfusu ve eğitim görenleri, sosyal güvence aranmaksızın Genel Sağlık Sigortası kapsamına alınmasını sağladık.



- 5754 sayılı “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu” ile SSK’lı ve BAĞ-KUR’luların sağlık hizmeti alabilmesi için 120 gün olan prim ödeme süresini 30 güne indirdik.
- Sağlığa ayrılan kaynakları optimum kullanarak, etkili, verimli ve hakkaniyetli bir sağlık sistemi oluşturduk. 2003-2011 yılları arasında faiz dışı genel kamu harcamalarındaki artış %92 iken kamu sağlık harcamalarındaki artış %74’tür.
- Cepten yapılan sağlık harcamasının toplam sağlık harcaması içindeki payını 2002 yılında %19,8 iken 2011 yılında %10,7’ye indirdik.

2

Ödeme

- Aile hekimliğinde performansa dayalı, kayıtlı kişi başına ödeme modelini uygulamaya koyduk.
- Sağlık Bakanlığı çalışanlarına performansa dayalı ek ödeme sistemi getirdik.
- Hastane yöneticileri için ödemeye esas olacak “yönetici performansı” uygulamasına başladık.
- İlaçta tek geri ödeme komisyonu oluşturduk.

3

Organizasyon

Koruyucu ve Temel Sağlık Hizmetleri

- Yurt çapında uygulamaya koyduğumuz aile hekimliği ile birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirdik.
- Aile Sağlığı Merkezlerinde her hekime bir muayene odası prensibini getirdik.
- Aile hekimlerinin iş ve ofis yönetiminde inisiyatif kullanabilmelerini sağladık. Fiziki şartlarının geliştirilmesi için aile hekimlerine ücretleri dışında teşvik edici ödemeler yapmaktayız. Bu uygulama ile aile hekimlerinin çalışma ortamları ve vatandaşlarımızın hizmet aldığı fiziki ve teknik şartları iyileştirdik.
- Birinci basamak laboratuvar hizmetlerini güçlendirdik.
- Kurduğumuz Avrupa’nın en büyük Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi (UMKE) ile afet ve olağanüstü hollere yönelik acil müdahale kapasitemizi oluşturduk.
- 112 Acil hizmetlerini üstün standartlarda kara, hava, deniz ambulansları ile donatarak hem nicelik hem de nitelik olarak geliştirdik ve yurdun en ücra köşesine kadar ücretsiz hizmet verir hale getirdik.
- Her ilde en az bir Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi (ADSM) olmak üzere toplamda 107 ADSM ve diş hastanesi açtık.
- 81 ilde 124 Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM) kurduk.



Teşhis ve Tedavi Hizmetleri

- Sağlık Bakanlığı'na bağlı tüm hastanelerde her klinisyen hekime bir muayene odası prensibini getirdik.
- Hizmet alımı yoluyla tüm sağlık tesislerinin verimliliğini artırdık.
- Türkiye genelindeki tüm acil servisleri seviyelendirme ve standartlara uygunlukları yönünden tescil işlemlerine başladık. Aralık 2011 itibariyle Sağlık Bakanlığı, özel ve üniversitelere ait yataklı sağlık tesislerinin %92'sini tescil ettik.
- SB hastanelerinde tam otomasyona geçtik.
- Sağlık-Net' uygulaması ile sağlıkla ilgili tüm bilgiler görülmekte ve kurulan "Karar Destek Sistemi"ndeki 200'e yakın analiz ve istatistik raporu içinde değerlendirilerek sağlıklı kararlar alınabilmektedir.
- Hastanelerde koğuş sisteminden banyosu tuvaleti içinde olan oda sistemine yani nitelikli oda sistemine geçtik.
- Hastanelerimizi tıbbi cihaz fakiri olmaktan kurtardık. Modern tıbbın hizmetine giren son teknoloji cihazları birçok gelişmiş ülkeyle aynı zamanda vatandaşlarımızın hizmetine sunduk. Hastanelerimizin yoğun bakım, yanık ve yenidoğan kapasitelerini önemli ölçüde artırdık.

İlaç ve Eczacılık

- Eczane bulunmayan kırsal bölgelerde yaşayan halkın ilaca ulaşımını kolaylaştırmak için mobil eczane uygulamasını başlattık.

Kurumsal Yapılanma ve Kapasite Geliştirme

- 663 sayılı "Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname" ile Bakanlığımızı yeniden yapılandırdık. Bu KHK kapsamında:
 - Politika oluşturma, temel kuralları belirleme ve üst denetim görevlerini Bakanlığa verdik. Diğer fonksiyonların yerine getirilmesi için Bakanlığa bağlı kuruluşlar teşkil ettik. Koruyucu ve temel sağlık hizmetlerini yürüten "Türkiye Halk Sağlığı Kurumu", hastane hizmetlerini yürüten "Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu", ilaç ve tıbbî ürünlerle ilgili düzenleme ve denetleme yapan "Türkiye İlaç ve Tıbbî Cihaz Kurumu"nu kurduk.
 - Bakanlığın ve sağlık sisteminin politikalarını belirlemek üzere Sağlık Politikaları Kurulu oluşturduk. Böylece politika belirleyen yapı ile icracı yapıyı birbirinden ayırdık.
 - Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü ve Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü gibi Bakanlığın yeni misyonuna uygun hizmet birimleri kurduk.



- Bakanlığın sürekli kurullarından Yüksek Sağlık Şurası ve Tıpta Uzmanlık Kurulu'na ilaveten "Sağlık Meslekleri Kurulu" teşkil ettik.
- Bakanlık Taşra Teşkilatını yeniden yapılandırarak il sağlık müdürlüğüne ilaveten ilçe sağlık müdürlüğü kurulması imkânını getirdik. Ayrıca bağlı kuruluşlardan Halk Sağlığı Kurumu için illerde halk sağlığı müdürlüğü, Kamu Hastaneleri Kurumu için genel sekreterlik oluşturduk.
- Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı hastanelerin daha etkili, kaliteli ve verimli işletilebilmesi için il düzeyinde "Kamu Hastane Birlikleri" kuruyoruz. Birliklere ve bağlı hastanelere objektif kriterlere göre denetlenebilir ve hesap verebilir profesyonel ve çağdaş yönetim ve işletim sistemi getiriyoruz.

4

Düzenleme

Koruyucu ve Temel Sağlık Hizmetleri

- Aşılama programına dünyanın en gelişmiş ülkelerinde kullanılan aşılıları dahil ettik (hemofilus influenza tip B, kızamıkçık, kabakulak ve konjuge pnömokok).
- Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun'da yaptığımız değişikliklerle vatandaşımızın sağlığını korumak üzere sigara ve tütün ürünleri kullanımına ilişkin yeni düzenlemeler getirdik. 19 Mayıs 2008 tarihinden itibaren uygulanmaya başlayan ve pasif içiciliğin önlenmesini hedefleyen tedbirler halkımız tarafından % 95 oranında destek gördü.

Teşhis ve Tedavi Hizmetleri

- "Tam Gün Kanunu" ile "hekimlerin kamu ve özelde aynı anda çalışmalarını ortadan kaldırarak vatandaşlarımızın özel muayenehanelere gitme mecburiyetini büyük ölçüde azalttık.
- Hastanelerimizde "Merkezi Hastane Randevu Sistemi" uygulamasına başladık. Randevu sistemi vatandaşımızın Sağlık Bakanlığı hastaneleri ile Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri için 182 Çağrı Merkezini arayarak canlı operatörlerden istedikleri hastane ve hekim için randevu aldıkları bir uygulamadır.
- 5624 sayılı "Kan ve Kan Ürünleri Kanunu" ile güvenli kan ve kan ürünlerinin kolay teminine yönelik yeni düzenlemelerde bulunduk. Bölge temelli kan merkezleri sistemine geçtik. Vatandaşımızın nakil işleminin tüm aşamalarını kapsayan güvenli kana AB standartları temelinde kolayca erişimini sağladık.
- "Ulusal Organ Nakli Bekleme Sistemi" kurduk. Suiistimal ve spekülasyonları engelledik. Bağışlanan organları hiç beklemeden uygun hastaya ulaştırıyoruz.
- Sağlık Bakanlığına bağlı tüm hastanelerde "Hasta Hakları Birimi" kurduk.
- Sağlık Bakanlığına bağlı tüm hastanelerde hekim seçme hakkı getirdik.



İlaç ve Eczacılık

- İlaç geçtiği her aşamada izleyen İlaç Takip Sistemi (İTS) kurduk.
- Akılcı ilaç kullanımı stratejilerini uygulamaya koyuyoruz.

Kurumsal Yapılanma ve Kapasite Geliştirme

- 663 sayılı “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” kapsamında:
 - Hizmetlerin uzmanlaşmış personel eliyle yürütülmesi için sağlık uzmanı, özel bilgi ve ihtisas gerektiren nitelikli işler ve projeler için de sözleşmeli uzman çalıştırılmasına imkân sağladık.
 - Bakanlık ve bağlı kuruluşlarında çalışan yöneticilerin ve diğer personelin performanslarının ölçülmesi ve değerlendirilmesini öngördük.
 - Sağlık hizmeti sunumu sırasında veya görevinden dolayı personelimize karşı işlenen suçlar kapsamındaki davalarda Bakanlıkça ücretsiz avukatlık hizmeti verilmesi imkanı tanıdık.
 - Hekim ve hemşire açığını dikkate alarak yabancı uyrukluların Türkiye’de çalışabilmesini sağladık. Tabiatıyla yabancı uyrukluların ülkemizde çalışabilmesi için diploma denkliği, Türkçe bilme ve gerekli diğer şartlar aranacak.
 - Ülkemizin aile hekimi uzmanı ihtiyacını gidermek için 2020 yılına kadar uygulanmak üzere sahada çalışan ve TUS’u kazanan aile hekimlerinin sözleşmeleri devam ettirilerek uzmanlık eğitimi almalarına imkan sağladık.
 - İleri teknoloji gerektiren tıbbî cihaz, ürün, hizmet ve ilaç sanayisinin geliştirilmesine ve desteklenmesine yönelik yerli sanayiye mali ve diğer teşvikler ile yurtdışından teknoloji transferine ve off-set uygulamalarına imkân sağladık.
 - Ülkemizin sağlık alanında bölgesel bir cazibe merkezi haline getirilmesi, yabancı sermaye ve teknoloji girişinin hızlandırılması amacıyla sağlık serbest bölgeleri kurulabilecek.
 - İnsani ve teknik yardım amacıyla yurtdışı sağlık hizmet birimleri kurulabilecek.
 - Televizyon ve radyo kuruluşlarına sağlıkla ilgili uyarıcı, bilgilendirici ve eğitici programları ayda doksan dakika ücretsiz yayınlama mecburiyeti getirdik.
- 5371 sayılı “Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esasları Kanunu” kapsamında Devlet Hizmet Yükümlülüğü düzenlemesi ile sağlık personelinin ülke genelinde dengeli dağılımını sağladık.
- Personel istihdam ve nakillerine şeffaflık ve hakkaniyet getirdik.



- Bakanlık taşra teşkilatlarına birçok yetkiyi devrettik (birinci basamak sağlık kuruluşlarının açılıp kapatılması, eczanelerin açılıp kapatılma ve ruhsat işlemleri yetkisi, kontrole tâbi müstahzarların satış/sarf hareketlerinin takibi ve personel özlük işlemleri gibi).
- ALO SABİM 184 ile 7/24 kesintisiz olarak vatandaşların taleplerini doğrudan Bakanlığa iletebilmesini sağladık.
- Toplam Kalite Yönetimi'ni Bakanlığımızda uygulamaya başladık.
- Sağlık yönetimi eğitimleri kapsamında internet üzerinden uzaktan eğitim sistemine geçtik.

5

Davranış

Koruyucu ve Temel Sağlık Hizmetleri

- Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Programı"nı başlattık. Amacımız halkın doğru sağlık davranışları göstermesinin sağlamaktır. Bu kapsamda şu programları geliştiriyoruz:
 - Fiziksel aktivitenin arttırılması
 - Obezitenin önlenmesi
 - Tütün kullanımının önlenmesi
 - Alkol kullanımının önlenmesi
 - Kişisel temizlik
 - Ağız ve diş sağlığı
 - Kazaların önlenmesi
 - Akılcı ilaç kullanımı
 - Ruh sağlığı
 - Kadın ve üreme sağlığı
 - Sağlıklı doğum
 - İşçi sağlığı ve sağlıklı işyerleri
 - Sağlıklı okullar
 - Sağlıklı çevre
 - Sağlık okuryazarlığı
 - Sağlıklı yaşlanma



- Kronik hastalıklarla ilgili mücadele programları geliştirdik:
 - Türkiye Kalp Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı
 - Solunum Yolu Hastalıklarına Karşı Küresel İttifak Programı
 - Türkiye Obezite ile Mücadele ve Kontrol Programı
 - Türkiye Diyabet Kontrol Programı
 - Türkiye Ruh Sağlığı Politika Stratejisi
- Anne ve çocuk sağlığını ilgilendiren çağdaş tarama programları başlattık:
 - “Demir Gibi Türkiye Programı”
 - “D Vitamini Yetersizliğinin Önlenmesi Programı”
 - “Tuzun İyotlanması Programı”
 - “Hipotiroidi Tarama Programı”
 - “İşitme Taraması Programı”
 - “Biyotinidaz Tarama Programı”
 - “Hemoglobinopati Kontrol Programı”
- Toplumun en yoksul %6’lık kesimine gebe ve çocuk takiplerini yaptırımları kaydıyla nakit para yardımında bulunduk.
- Misafir anne projesi ile ulaşım problemi olan yerlerde anne adaylarını doğum öncesi misafir ederek sağlıklı doğum yapmalarını sağladık.
- Türkiye Üreme Sağlığı Programı kapsamında TSK’da her yıl 500 bin askere üreme sağlığı eğitimi vermeye başladık.
- Ulusal Grip Strateji Planı hazırladık.

Teşhis ve Tedavi Hizmetleri

- Toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri başlattık. Ağır ruhsal bozukluğu olan hastalara, psiko-sosyal destek hizmetlerinin verilmesi, takip ve tedavilerinin gerektiğinde evde sağlık hizmetleri uygulamasına entegre bir şekilde yaşadıkları ortamda sunulmasını sağlamak için bunu yapıyoruz.
- Yatağa bağımlı hastaların evde yapılabilecek tıbbi bakım ve rehabilitasyonlarının ev ortamında yapılması ve hastanede kalış sürelerinin kısaltılması amacıyla “Evde Sağlık Hizmeti” uygulamasına başladık.
- Tüberküloz hastaları için “Doğrudan Gözetimli Tedavi” uygulamasına başladık.
- ALO SABİM 184 ile 7/24 kesintisiz olarak vatandaşların taleplerini doğrudan Bakanlığa iletebilmesini sağladık.



- Sağlık Bakanlığına bağlı tüm hastanelerde “Hasta Hakları Birimi” kurduk.
- Sağlık Bakanlığına bağlı tüm hastanelerde hekim seçme hakkı getirdik.
- Sağlıkta şiddete karşı politikalar geliştirdik.

İlaç ve Eczacılık

- İlaç prospektüslerini sade ve anlaşılabilir hale getirdik.

Kurumsal Yapılanma ve Kapasite Geliştirme

- Sağlık yönetimi eğitimleri kapsamında internet üzerinden uzaktan eğitim sistemine geçtik.

Dönüşüm sadece teknik değil, aynı zamanda siyasi bir süreçtir. Siyaset, dönüşüm döngüsünün tüm aşamalarına yayılmaktadır. Bu, dönüşüm programının arkasında politik kararlılığın olmasını ve politik strateji geliştirmeyi zorunlu kılmaktadır. Bu hususta birkaç örnek vernekle yetineceğiz.

1. Göreve geldiğimizde 37 milyon SSK’lı vatandaşımız devlet hastanelerinden hizmet alamıyordu. Yıllık muayene sayısı 58 milyon, bir SSK’lının yıllık hekime başvuru sayısı sadece 1,5 idi. Üstelik SSK’lıların muayene olabilmek için ulaşabileceği yalnızca 8 bin doktor vardı ve yalnızca 2.500’ü muayene odası vardı. Hekim başına günlük ortalama 93 hasta düşmekteydi.

Sonuçta devletin SSK’lı vatandaşlarına ayaktan verilen sağlık hizmetleri için bütün bir yılda sunduğu sadece 8 dakikası vardı. Vatandaşın yazılan reçetesini alabilmesi için 148 hastane eczanesi mevcuttu. Vatandaş ilaç kuyruklarında beklemeye mahkûm idi. Çok az sayıda işçi, hekimin reçete ettiği ilaçların aynısına ulaşabiliyordu.

Kamu sağlık kurumlarını tek çatı altında toplayacak hukuki düzenlemeye gittiğimizde bu birleşmeye engel olmak isteyenler, süreci kamu yararı amacına yönelik olmadığı, sosyal güvenlik hakkı ile uyummadığı gibi gerekçelerle Anayasa Mahkemesine taşıdılar. Mahkeme bu itirazı kabul etmedi.

Bugün 37 milyon SSK’lı, bütün vatandaşlarımız gibi 2.448 hastane ve tıp merkezi ile birlikte 6.520 aile sağlığı merkezinden hizmet alabilmektedir.

Dün 148 eczaneden hizmet alabilen SSK’lı vatandaşlarımız bugün 24 bin eczaneden dilediğinden ilacını temin edebilmektedir.

2. “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması” kanunu ile çağdaş dünyada yaygın olan Aile Hekimliği uygulamasını Türkiye’de hayata geçirdik.

Aile Hekimliği Sistemi’nin ülkemiz koşullarında uygulanmasının, “sağlık hizmetine ulaşmayı toplumun çok büyük bir kesimi için olanaksızlaştıracağını, eşitsizlikleri daha da artıracığını, sağlık çalışanlarının özlük haklarını ortadan kaldıracığını, işsizleştireceğini” iddia eden Türk Tabipleri Birliği (TTB) uygulamaya karşı çıktı. Türk Tabipler Birliği bu iddialarına muhalefetten siyasi destek de bulabiliyordu.



2005 yılında başlattığımız Aile Hekimliği Sistemini kararlı bir şekilde uygulayarak 2010 yılı itibariyle tüm ülke sathına yaygınlaştırdık. 75 milyon nüfusa 20 bin 236 aile hekimiyle hizmet veriyoruz. Artık istediğinizde kapısını çalabileceğiniz, istediğinizde telefonla danışabileceğiniz üstelik hiçbir ücret ödemeyeceğiniz ailenize özel doktorlarınız var. Böylece herkesin sağlık kayıtları düzenli olarak takip ediliyor. Hastanelerimizle entegre bir sağlık sistemi ve uygun sevk zinciri oluşturabileceğimiz bu yeni yapıyı geliştirmeye devam ediyoruz.

Bu uygulama ile vatandaş ve sağlık çalışanı memnuniyetinin önemli ölçüde arttığını tespit etmiş durumdayız.

3. Sağlıkta Dönüşüm Programı'ndan önce Türkiye'de kamu hastanelerinde çalışıp da özel muayenehanesi olmayan çok az uzman hekim vardı. Halk, önemli hastalıklarını takip ettirirken cebinden harcama yapmadan kamuda çalışan hekimlere ulaşamıyordu. Bu durum hekimlerin doğal hakkı, hastaların ise kaderi kabul ediliyordu.

Vatandaşlarımızın özel muayenehanelere gitme ihtiyacını ortadan kaldırmak amacıyla sağlık personelinin "Tam Gün" çalışmasına yönelik kanun çıkardık. Bu kanun ile kamuda çalışan sağlık personelinin çalışma esaslarını yeniden düzenleyerek hem vatandaşımızın sağlık hakkına erişebilirliği hem de sağlık personelinin mesleki saygınlığına kavuşması yönünde düzenlemelerde bulunduk.

Peki, bu kanun ile neyi hedefledik?

Tam Gün Uygulaması ile:

- Sayıca yetersiz olan sağlık personelinin üzerindeki iş yükünü daha dengeli hale getirmeyi,
- Hekimlerimiz ile hastaları arasında doğrudan para ilişkisini ortadan kaldırmayı,
- Vatandaşlarımız ile hekimlerimiz arasındaki güven ilişkisini güçlendirmeyi,
- Hastaların sağlık hizmetine erişimini kolaylaştırmayı hedefledik.

Tam Gün Uygulaması vatandaşımıza ve sağlık çalışanlarına ne getirdi?

- Sağlık çalışanlarının ek ödemelerini artırdık,
- Sağlık personelinin mesai saatleri dışında çalışmaları halinde kendilerine ek ödeme yaparak daha fazla gelir elde etmelerini sağladık,
- Malpraktis'e karşı sigorta sistemi getirdik,
- Sağlık Bakanlığı ile üniversiteler arasındaki iş birliğinin geliştirilmesinin önünü açtık,
- Sadece parası olanın değil tüm vatandaşlarımızın "Hekim Seçme Hakkı"na kavuşmasını yaygınlaştırdık,
- Devlet ve üniversite hastanelerinde hastaların bekleme sürelerini azaltacak tedbirler aldık,
- Vatandaşlarımızın her zaman ve her yerde hizmetin en özelini alabilmesinin yolunu açtık.



Meclisimizden geçen bu yasa, Anayasa Mahkemesi'ne götürüldü ve bazı maddeleri iptal edildi.

Hukuki açıdan konuyu yakından takip ettik ve etmeye devam edeceğiz. İnaniyoruz ki yürüttüğümüz bu sağlık hakkı mücadelesi sonucunda büyük ölçüde azaltığımız ikili çalışma sistemini halkımızın lehine tamamen ortadan kaldıracacağız.

4. Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun'da yaptığımız değişikliklerle vatandaşımızın sağlığını korumak üzere sigara ve tütün ürünleri kullanımına ilişkin yeni düzenlemeler getirdik. 19 Mayıs 2008 tarihinden itibaren uygulanmaya başlayan ve pasif içiciliğin önlenmesini hedefleyen tedbirler halkımız tarafından % 95 oranında destek gördü.

Lokanta, kahvehane, kafeterya ve birahane gibi işletmelerdeki düzenlemeler ise 19 Temmuz 2009 tarihinde başladı. Söz konusu sektör örgütleri yasanın iptali veya esnetilmesi amacıyla Danıştay'da dava açtı. Danıştay da konuyu Anayasa Mahkemesi'ne götürdü ve Anayasa Mahkemesi yasa lehinde karar verdi.

Başta Sayın Başbakanımızın konuyu sahiplenmesi, sergilediğimiz kararlı duruş ve attığımız adımlar süratle sonuç verdi. 2008 yılında %27,4 olan 15 yaş üstü sigara içme oranı yasanın yürürlüğe girmesini müteakip 2012 yılında %23,8'e geriledi. 4 yıl gibi kısa bir sürede %3,6'lık sigara bırakma oranı gerçekleşti. Bu, kararlılığımız sayesinde ortaya çıkan dünyada örneği görülmemiş bir başarı tablosudur.

Türkiye'de Sağlık Hizmetleri: Geri Kalmışlıktan Liderliğe

ANALYSIS

British Medical Journal, March 12, 2011, vol. 342



Healthcare in Turkey: from laggard to leader

Enis Barış and colleagues observe that a political commitment to universal health coverage together with a significant investment in health has seen Turkey's health indicators catch up and surpass other middle income countries

bmj.com/podcasts Turkey's health minister, Recep Akdağ (above), talks about the strides his country has made in providing healthcare

Less than a decade ago, the health system in Turkey was considered a laggard, not only relative to the rest of the Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) but also the table payments in public facilities or working part time in private. Rampant absenteeism and low productivity and technical quality, especially as the redefining of the roles and responsibilities of the Ministry of Health towards "more sourcing and less rowing", separation of the provision and

BMJ, Healthcare in Turkey: from laggard to leader. 12 March 2011, vol. 342

Türkiye'de Sağlık Hizmetleri: Geri Kalmışlıktan Liderliğe. 12 Mart 2011, sayı 342

"Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uygulanmasındaki başarı faktörlerinden bir tanesi, değerleri ve yol gösterici ilkeleri belirleyecek vizyon, liderlik ve politik kararlılıktır."

TÜRKİYE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI



C. UYGULAMA

1. Koruyucu ve Temel Sağlık Hizmetleri

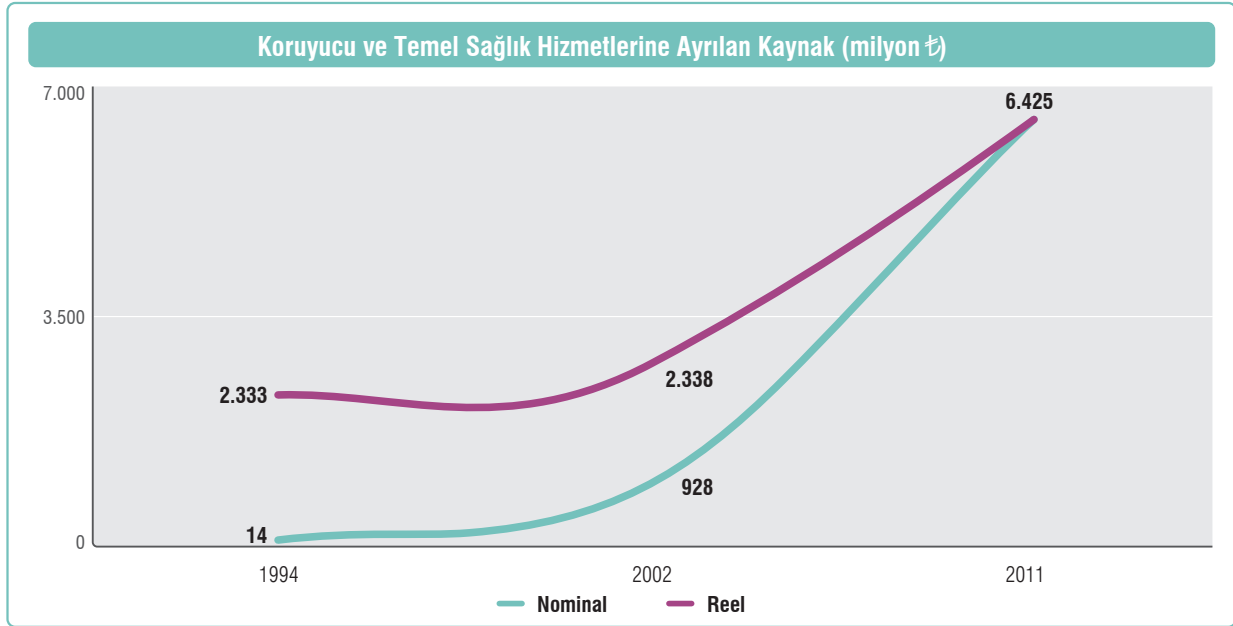
Her şeyin başı sağlık
sağlığın başı AŞI





Sağlıkta Dönüşüm Programı, koruyucu ve temel sağlık hizmetlerinin kurumsal konumunu diğer hizmet düzeyleri üzerinde yetki ve kontrol sahibi olacak bir yapıya kavuşturmayı hedeflemektedir. Toplumunu oluşturan bireylerin sağlığını ve sağlık çalışanlarının durumlarını iyileştirmek bu konudaki yeniliklerin hareket noktasını oluşturmaktadır. Program, sağlık hizmetlerinin sunumunda koruyucu ve temel sağlık hizmetlerini esas almaktadır. Bu bakış açısıyla koruyucu ve temel sağlık hizmetleri alanında çok sayıda yenilik gerçekleştirdik, çok yönlü bir program yürüttük. Yeni düzenlemeleri gerçekleştirirken mevcut işleyişi ihmal etmedik, onlar için de kapsamlı iyileştirme çalışmaları yaptık. Sağlıkta Dönüşüm Programının en belirgin özelliği, dönüşümü gerçekleştirirken mevcut mirasa sahip çıkmak ve onu olabildiğince ileriye götürmektir.

Bu dönemde koruyucu ve temel sağlık hizmetlerinde seferberlik yaptık ve 2002 yılında 928 milyon ₺ olan koruyucu ve temel sağlık hizmetleri bütçesi, 2011 yılında 6 milyar 425 milyon ₺'ye ulaştı. Böylece 2011 yılı fiyatlarıyla (reel olarak kıyasladığımızda) koruyucu ve temel sağlık hizmetlerine ayrılan kaynak 2002 yılının yaklaşık 2,7 katına çıktı (Grafik 8).



Grafik 8

Kaynak: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

Koruyucu ve temel sağlık hizmetleri için 2012 yılında

6 milyar 652 milyon ₺

bütçe ayrıldı.



1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Yeni Dönem: Aile Hekimliği

Birinci basamak sağlık hizmeti, sağlığın teşviki, koruyucu sağlık hizmetleri ile ilk kademedeki teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin bir arada verildiği, bireylerin hizmete kolayca ulaşabildikleri, düşük maliyetle etkin ve yaygın sağlık hizmeti sunumudur.



23 Nisan 1934 Törenleri

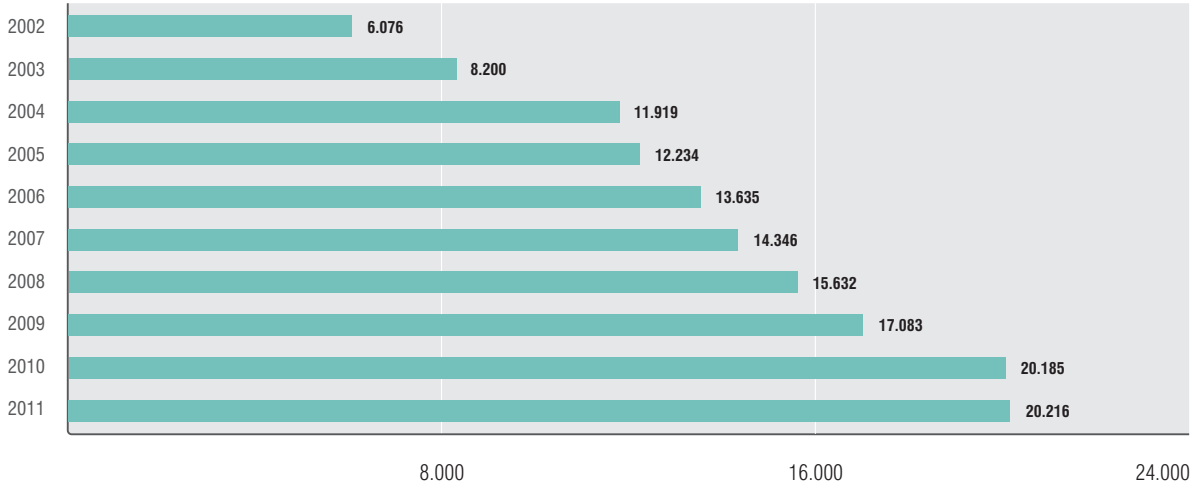
Ülkemizde 60'lı yıllardan bu yana birinci basamak sağlık hizmeti sağlık ocakları ve sağlık evleri üzerinden verildi. Özellikle anne ve çocuk sağlığı alanında önemli kazanımlar sağlayan bu uygulama, bölge tabanlı bir uygulama şeklinde sürdürüldü. Ancak sistemde zamanla yapılması gereken iyileştirmeler yapılmadığından artan hizmet ihtiyacına cevap veremez hale geldi.

2003 yılından itibaren uygulanmaya başlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı, vatandaş merkezli bir program olup birinci basamak sağlık hizmetinin planlanması ve sunumunda bireylerin ihtiyaç, talep ve beklentilerini esas almaktadır. Bu programın önemli bileşenlerinden biri, birinci basamak sağlık hizmetinin çağdaş uygulama şekli olan aile hekimliğidir. Aile hekimliği; bireyleri biyo-psiko-sosyal çevreleri ile birlikte doğumdan ölüme kadar bir bütün olarak ele alan, bireylere seçme ve tercih etme hakkı tanıyan, sağlık çalışanlarına ise daha fazla mesleki doyum imkânı veren motive edici ve gelişmelere açık bir uygulamadır.

Aile hekimi, anne karnındaki bebekten ailenin en yaşlı bireyine kadar ailenin bütün fertlerinin sağlığından ve her türlü sağlık sorunlarından sorumludur. Sorumluluğunu üstlendiği kişinin hastalıklardan korunması için gerekli tedbirleri alır. Hastalık halinde tedavisini gerçekleştirir.



Türkiye’de Yıllara Göre Sağlık Ocağı / Aile Sağlığı Merkezi Muayene Oda Sayısı



Grafik 9

Kaynak: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

Çözümü uzmanlık veya özel donanım gerektiren sağlık problemlerinde yapacağı danışmanlık hizmetleriyle kişiyi diğer uzman hekimlere, dış hekimlerine veya ikinci-üçüncü basamak sağlık kurumlarına yönlendirerek koordinatör görevi üstlenir. Dolayısıyla aile hekimi kendisine kayıtlı kişilerin aynı zamanda sağlık danışmanı, sağlık konularında onlara yol gösteren ve onların haklarını savunan kişi konumundadır. Aile hekimi, genellikle aile bireylerinin ikametlerine yakın ve kolay ulaşılabiliridir. Hizmet verdiği toplumu her yönüyle tanır; aile, çevre ve iş ilişkilerini değerlendirir. Ailenin bütün bireylerinin sağlık durumlarını, hayat şartlarını, koruyucu sağlık hizmetlerinin ve sağlık eğitiminin bu bireylere nasıl uygulanabileceğini en iyi bilen kişidir. Aile hekimi, kendi sorumluluğu altındaki bireyleri yalnızca bir hastalık çerçevesinde değil bütüncül bir yaklaşımla, sağlık açısından ortaya çıkabilecek riskler, mevcut sağlık şartları, psiko-sosyal çevre ve varsa diğer akut veya kronik sağlık sorunları ile birlikte bir bütün olarak değerlendirir.

Ülkemizde 1960’lı yıllarda birinci basamak sağlık hizmetlerinin düzenlenmesinde önemli katkısı olan Prof. Dr. Nusret Fişek aile hekimliğini şöyle ifade etmektedir: “Kişiyi yönelik koruyucu hekimlik hizmetleri ile ayakta ve evde hasta tedavisi hizmetleri bir arada yürütülmelidir. Entegre örgütlenme modelinin en basiti çağdaş aile hekimliğidir. Çağdaş aile hekimi, ailedeki çocukların periyodik muayenelerini ve aşılarını yapar. Annelere çocuk bakımını öğretir. Yaşlıların -ve varsa gebelerin- periyodik muayenelerini yapar ve gereken önerilerde bulunur. Aile bireylerine sağlık, ev hijyeni ve kişisel hijyen konularında eğitim verir. Evde bakımı gerektiren hastayı evinde takip eder veya gerekiyorsa bir uzmana veya hastaneye ulaştırır.”



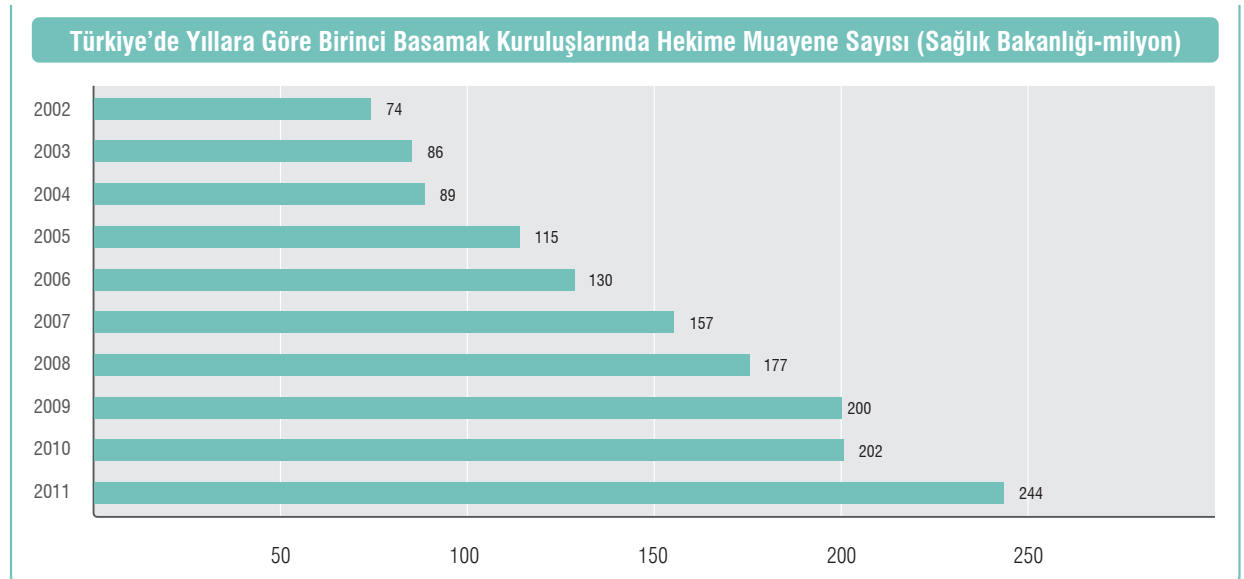
Aile hekimleri, bireylerin ve hizmet sunucuların zaman kaybına yol açacak yanlış yönlendirmeleri, düzensizlikleri ve gereksiz sağlık harcamalarını önleyici etkiye sahiptir. Bu sebeple sağlık harcamalarında israf önlenmekte, ikinci basamakta gereksiz yığılmalar ve hasta mağduriyetleri engellenmektedir. Bunun için gerekli alt yapıyı da temin ettik (Grafik 9).

Böylece, ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetlerinin çağdaş bir yaklaşımla yeniden düzenlenmesi ve tüm bireyler tarafından tercih edilebilir şekilde sunulması için bu çağdaş hizmetin özgün bir modelini oluşturduk. Modeli oluştururken birçok ülke uygulamasını yerinde inceledik, yapılan çalışmalarını dikkate aldık ve ülkemizin ihtiyaçları ve şartlarını da gözetererek titiz bir çalışma ortaya koyduk.

Yoğun hazırlıklardan sonra hazırlanan aile hekimliği kanunu 2004 yılı sonunda gerçekleşti. İlk uygulamaya 15 Eylül 2005 tarihinde Düzce ilinde başladık. 13 Aralık 2010 tarihi itibarıyla ülkemizin tamamında aile hekimliği uygulamasını yaygınlaştırdık.

Uygulama ile bireysel koruyucu sağlık hizmeti ile ilk kademedeki teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerini aile sağlığı merkezlerinde, toplumsal koruyucu sağlık hizmetlerinin koordinasyonun da yer aldığı diğer görevleri ise toplum sağlığı merkezlerinde topladık.

Aile hekimliği öncesinde birinci basamak sağlık tesislerinde 17.800 hekim görev yaparken 31 Aralık 2011 tarihi itibarıyla 6.520 aile sağlığı merkezinde 20.236 hekim, 957 toplum sağlığı merkezinde de 2.537 hekim olmak üzere toplam 22.773 hekim görev yapmaktadır. Böylece vatandaşlarımızın hekime daha kolay ulaşabilmesini sağladık (Grafik 10).

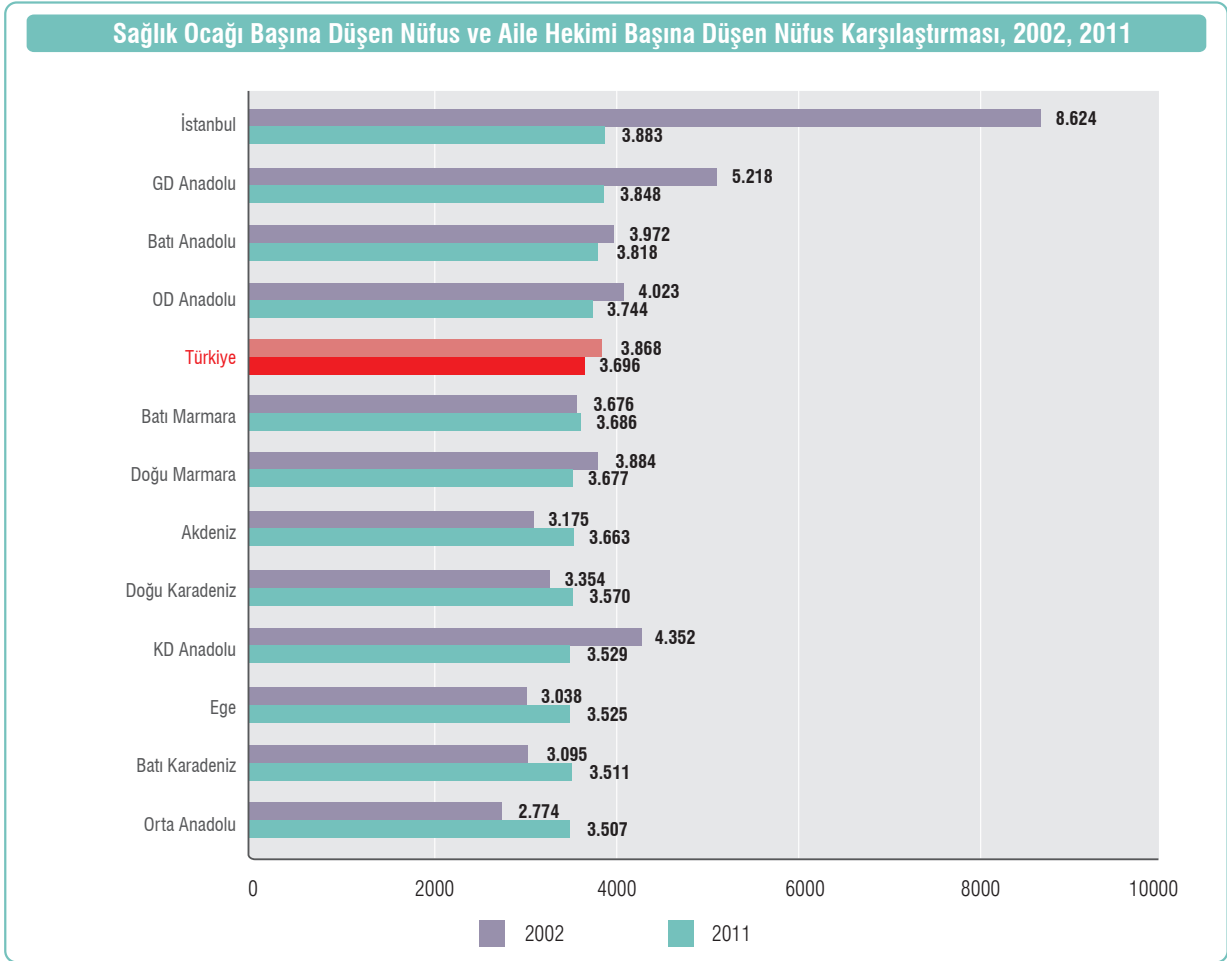


Grafik 10

Kaynak: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu



2011 sonu itibarıyla 3.696 kişiye bir aile hekimi hizmet vermektedir (Grafik 11). Görüldüğü gibi aile hekimlerine düşen nüfus itibarı ile bölgelerde adaletli dağılım sağlanmış durumdadır. Yıllar itibarıyla aile hekimine kayıtlı kişi sayısını kademeli olarak azaltmayı planladık. 2023 yılı hedefimiz ortalamada 2.000 kişiye bir aile hekiminin hizmet vermesidir.



Grafik 11

Kaynak: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

Aile hekimliği hizmetini, kişilerin sağlık sigortası olup olmamasına bakmaksızın herkes için tamamen ücretsiz vermekteyiz. Sağlığı teşvik edici ve koruyucu hizmetler, muayene, müdahale, birinci basamakta yapılan tetkikler, taramalar, aşılama, gezici sağlık hizmeti ve evde bakım hizmetini kapsayan bu paket için katkı payı da almıyoruz.

Aile hekimliği uygulamalarının ülke genelinde yaygınlaştırılmasına devam ederken, bir yandan da mevzuat düzenlemelerini ve hizmet kalitesinin artırılmasına yönelik çalışmalarını dinamik olarak sürdürdük. Bu sebeple uygulama ve ücret yönetmeliklerinde çeşitli değişiklikler yaptık.



Aile hekimliğini gönüllülük esaslı bir ekip çalışması şeklinde yapılandırdık. Hekimler gönüllü olarak ilan edilen pozisyonlara başvurmakta ve hizmet puanı esasıyla yerleştikleri aile sağlığı merkezi için sözleşme imzalamakta, uyum içinde çalışacakları bir aile sağlığı elemanı ile anlaşmakta ve bu kişiyle de kendileri sözleşme yapmaktayız. Ebe, hemşire ve sağlık memurları (toplum sağlığı) aile sağlığı elemanı olabilirken 2010 yılında yaptığımız değişiklikle acil tıp teknisyenlerine de bu imkânı tanıdık.

Ayrıca kırsal bölgede kayıtlı nüfusu olan aile hekimlerini sağlık evi ebeleriyle desteklemekteyiz. Laboratuvar tetkikleri ve görüntüleme hizmetleri il sağlık müdürlüklerince organize edilmektedir. Psikolog, diyetisyen, sosyal çalışmacı, fizyoterapist, çocuk gelişimci gibi spesifik alanlarla da aile hekimlerinin desteklenmesini planlamış bulunmaktayız.

Aile hekimleri kırsal bölgede yaşayanlara periyodik aralıklarla gezici sağlık hizmeti vermektedir. 2010 yılında yaptığımız değişiklikle, huzurevi, cezaevi ve çocuk bakımevi gibi yerlerde yaşayanlara yerinde sağlık hizmeti, yatalak hastalara ise evde bakım hizmeti vermeye başladık.

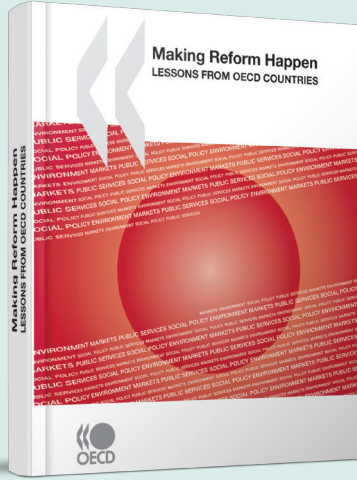
Ayrıca, Eylül 2009'dan itibaren Sağlık Bakanlığı ve Türk Eczacıları Birliği ortaklığı ile yapılan protokol gereği yaşadıkları bölgede eczane bulunmayan halkın tedavisi için hekim tarafından yazılan ilaçların temin edilmesine imkan sağlayan mobil eczane uygulamasına başladık. Eczane bulunmayan bölgelerde yaşayan halkın ilaca ulaşımını kolaylaştırarak halk sağlığına hizmet etmeyi ve deontolojiye uygun şekilde kamu kaynaklarını verimli kullanarak ilaç temininin sağlanmasını hedefliyoruz.

Aile hekimi ve aile sağlığı elemanı olarak göreve başlayan kişiler, dönmek istedikleri takdirde eski görevlerine dönebilmektedir. Bunlar görevlerini sürdürürlerken terfi, tayin, emeklilik süresi gibi haklardan faydalanmaya devam etmektedirler.

Aile hekimliği uygulamasında görev alanlara motive edici bir ücret ödemekteyiz.

Aile hekimlerinin iş ve ofis yönetiminde inisiyatif kullanabilmelerini sağladık. Asgari standartları tanımlanan aile sağlığı merkezlerinin sabit giderlerinin ödenmesi, fiziki şartlarının geliştirilmesi için aile hekimlerine ücretleri dışında teşvik edici ödemeler yapmaktayız. Bu uygulamalarla çalışanlar ve hizmet alanlar daha iyi çalışma şartlarına kavuştular.

Kişilerin aile hekimlerine ilk kayıtları ikâmetlerine en yakın konumdaki bir aile sağlığı merkezine yapılmakta, daha sonra kişiler zaman ve bölge sınırlaması olmaksızın aile hekimlerini seçerek değiştirebilmektedirler.



Reformun Gerçekleştirilmesi OECD Ülkelerinden Dersler (Sayfa 201)

Making Reform Happen Lessons from OECD Countries

Yayın Yılı : 2010

Yayımlayan Kuruluş : OECD

“Aile hekimliği uygulamasının başlaması, birinci basamak hekimlerine daha fazla gelir ve otonomi imkânı vermiş, bu uygulama ile muayenelerin hastane polikliniklerinden aile hekimlerine yöneldiği ve birinci basamakta hasta memnuniyetinde keskin bir artış olduğu gözlemlenmiştir.”

Aile Hekimlerinin Eğitimleri

Aile hekimliğini dünyada pek çok ülkede olduğu gibi ülkemizde de nihai hedef olarak birinci basamak uzmanlığı şeklinde yapılandırdık. Aile hekimliği hizmetinin sunumu için en uygun kişiler aile hekimliği uzmanlarıdır. Ancak ülkemizde genel olarak hekim eksikliği olduğu gibi aile hekimliği uzman sayısı da oldukça yetersizdir. Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde aile hekimliği modeli kurgulanırken bazı Avrupa Birliği ülkelerinde olduğu gibi pratisyen hekimlere doğrudan aile hekimliği yapma yetkisi verilebilmesi de mümkündü. Ancak, vatandaşlarımıza verilecek sağlık hizmetinin kalitesini yüksek tutabilmek için aile hekimliği yapacak hekimlerin standart bir eğitimden geçirilmesine karar verdik.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın bu önemli hedefini gerçekleştirmek üzere yoğun bir çalışma yürüttük. Meslek örgütleri ve akademisyenlerin katılımı ile Aile Hekimliği Bilimsel Danışma Kurulu oluşturduk. Bu kurul düzenli ve disiplinli bir çalışma sonucunda aile hekimliği uygulamasında görev alacak pratisyen hekimlerin eğitim müfredatını hazırladı. İki aşamalı olmasına karar verilen eğitimin ilk aşamasında aile hekimliği uygulamasında yer alacak hekimler (aile hekimliği uzmanları hariç) 10 günlük, yardımcı sağlık personeli ise 3 günlük uyum eğitimine alınmaktadır. Eğitimleri konunun uzmanı akademisyenler gözetiminde aralıksız olarak sürdürmekteyiz. 2011 yılı sonu itibarı ile yaklaşık 45.000 hekim ve 28.000 yardımcı sağlık personeli bu eğitimleri başarı ile tamamlayarak sertifikalarını aldılar.

İkinci aşama eğitimini, mesleki bilgilerin güncelleştirilmesi ve geliştirilmesini hedefleyen daha uzun süreli bir eğitim olarak planladık. Bu plan dâhilinde birinci aşama uyum eğitimlerini tamamlayan hekimler 1 yıllık ikinci aşama eğitime tabi tutulmaktadır. İkinci aşama eğitimini, klinik içerikte 37 bilgi modülü ve 3 adet uygulamalı beceri geliştirme modülü şeklinde planladık. İkinci aşama eğitimi, internet üzerinden uzaktan eğitim ve yüz yüze eğitimden oluşan karma bir eğitim yöntemi ile vermekteyiz.



İkinci basamak eğitimlere başladık. İkinci aşama eğitimlerle, 2013 yılı sonuna kadar 1. aşama eğitimi alan ve aile hekimi olarak çalışmakta olan tüm hekimlerin klinik bilgi düzeylerinin yeterlilik düzeyine ulaşmasını hedeflemekteyiz.

Bir yandan daha fazla aile hekimi uzmanı yetişmesini teşvik ederken öte yandan klinik rotasyonlar şeklinde yürüyen aile hekimliği uzmanlık eğitimini 2010 yılında yeniden ele alarak, uluslararası standartlara uygun bir şekilde eğitimin yarısının sahada verilmesi şeklinde değiştirdik.

Toplum Sağlığı Merkezleri

Aile hekimlerince verilen bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, tanı ve tedavi hizmetleri ile rehabilitasyon hizmetleri dışında kalan temel sağlık hizmetlerinin daha etkili ve verimli bir şekilde yürütülmesi için toplum sağlığı merkezleri oluşturduk. Bu merkezler içme suları başta olmak üzere çevre sağlığı, okul sağlığı, işyeri sağlık hizmeti gibi hizmetleri yürütürken aile hekimleri için aşı ve diğer malzeme tedariki, kurallara uygunluk denetimi ve rehberlik, istatistiklerin toplanması ve yorumlanması gibi çeşitli görevleri de yürütmektedir. Böylece, aile sağlığı ile toplum sağlığı uygulamalarını bütünleştirerek entegre bir birinci basamak yapılanması oluşturduk.

Toplum sağlığı merkezleri için ilgili uzmanların katkılarıyla 'Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Veri Seti Rehberi' çalışmasını tamamladık. Bu rehber uygulayıcılar ve karar vericiler açısından oldukça yararlı olacaktır.

Nihai olarak aile sağlığı merkezlerinde aile hekimliği uzmanlarının, toplum sağlığı merkezlerinde de halk sağlığı uzmanlarının görev yapmasını hedeflemekteyiz.

Ağırlıklı olarak halk sağlığı anabilim dalı öğretim üyelerinden oluşan bir bilim kurulu oluşturarak TSM personelinin bilgi ve birikimlerinin geliştirilmesini hedefledik. Bilim kurulunun yaptığı çalışmalar sonucunda TSM personelinin aşamalı bir eğitim sürecinden geçirilmesine karar verdik. Aralık 2008'de başlayan TSM birinci aşama eğitici eğitimleri ile TSM sorumlu hekimlerinin tamamına eğitim verdik.

Vatandaş Memnuniyeti

Sağlıkta Dönüşüm Programı, insan odaklı olup vatandaşlarımızın verilen sağlık hizmetinden memnuniyetini önemli görmektedir. Aile hekimliği uygulaması ile aile hekimlerinin çalışma ortamları ve vatandaşlarımızın hizmet aldığı fiziki ve teknik şartları iyileştirdik. Aile sağlığı merkezlerine başvuran vatandaşlarımız, güler yüzle ve daha iyi eğitim almış personelle karşılaşmakta ve daha kaliteli sağlık hizmeti almaktadır.

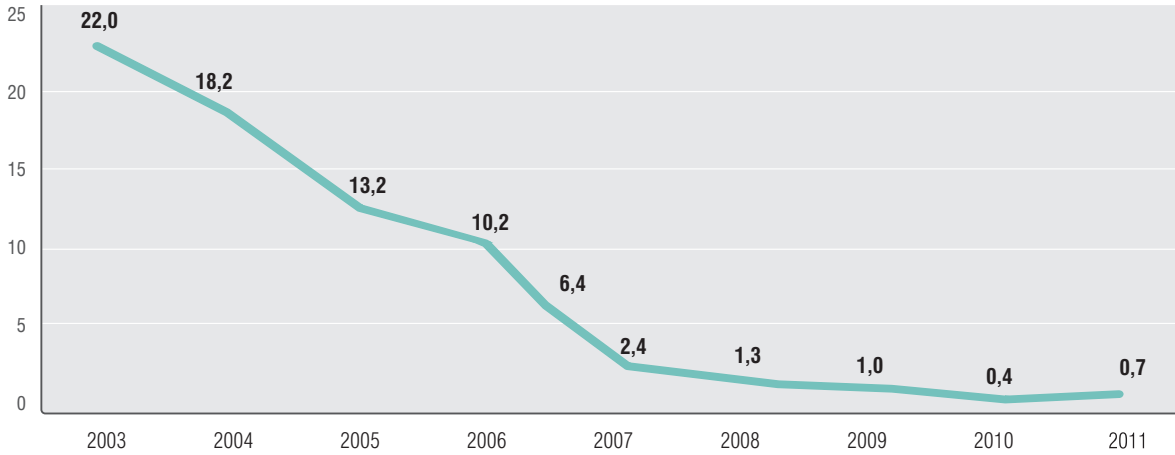
Birinci basamak hizmetlerinden memnuniyet oranını tespit etmek için "EUROPEP Ölçeği ile Memnuniyet Çalışması"nı yürüttük. EUROPEP Ölçeği uluslararası bir ölçektir. Hekimin klinik davranışına ve hizmet organizasyonuna yönelik 23 parametre sorgulanır. Halen 25 Avrupa ülkesinde kullanılmaktadır. Bu çalışmada 2008 yılında sağlık ocağından memnuniyet %75 iken 2011 yılında aile hekimliğinden memnuniyeti %90 olarak tespit ettik.



Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birinci basamak sağlık hizmetlerinde kalite ve verimlilikte artış sağladık. Bunun yansıması olarak birinci basamak sağlık kuruluşlarının tüm muayeneler içindeki payı artarken sevk oranları azaldı (Grafik 12).



Türkiye'de Yıllara Göre Birinci Basamak Kuruluşlarında Sevk Oranı (%)



Grafik 12

Kaynak: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu



Aile hekimliği uygulamasına geçişle, vatandaşlarımızın birinci basamak sağlık kuruluşlarını tercihi tüm muayeneler içinde 2002 yılında % 36'dan 2011 yılında % 40'a çıktı. Vatandaşlarımızın sağlık hizmetini birinci basamaktan alma talebi giderek artmaktadır.

Uygulamanın Temel Sağlık Göstergelerine Etkisi

Bu önemli gösterge, uygulamaların sağlık istatistiklerine yansımaları ve özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinin kalitesini ve yaygınlığını göstermede oldukça önemlidir. Uygulama ile bebek ve gebe izlemlerinde nicelik ve niteliksel iyileşme sağlandı. Bebek ölümleri binde 7,7'ye, anne ölümleri yüzbinde 15,5'e düştü. Aşılama oranları %97'lere çıktı.

Uygulamanın Finansal Açıdan Sürdürülebilirliği

Uygulama ile hekimler ve aile sağlığı elemanlarına önceki durumlarına göre daha iyi mali haklar sağladık. Motive edici ve verimliliği artırıcı olan bu uygulamayla, ikinci basamak sağlık hizmeti ihtiyacının azalmasına, yatırımların daha verimli ve gerekli alanlara yönlendirilmesine imkân sağladık. Finansal sürdürülebilirliğin varlığını tespit ederek tüm ülkeye yaygınlaştırdık.

Vatandaşlar Açısından Aile Hekimliği

Bölge tabanlı sistemden nüfus tabanlı birinci basamak sağlık hizmetine geçtik. Artık sağlık hizmetlerinin sunumunda kişileri, bir bölgenin herhangi bir elemanı olmak yerine doğrudan söz hakkı olan birey olarak kabul etmekteyiz.

Vatandaşın yaşadığı yere yakın, kolay ulaşılabilir sağlık kuruluşları oluşturduk. Bireysel tercihleri dikkate alarak vatandaşların hekim seçme ve değiştirebilme hakkına kavuşmalarını sağladık. Kişiler, daha kolay iletişim sağlayabildikleri, güvendikleri ve kolay erişebildikleri hekimi tercih edebilmektedir.

Sağlık kayıtlarının bütünlüğünü ve dinamik bir şekilde güncellenmesini sağladık. Vatandaşlarımızın doğumdan itibaren sağlık kayıtlarının tutulmasına ve ihtiyaçları doğrultusunda sağlık hizmeti alabilmelerine imkân tanıdık.

Sağlık hizmeti alırken zaman ve iş kaybını asgariye indirdik. Vatandaşlar aile hekimlerinden randevuyla da hizmet alabilmekte, aile hekiminin yönlendirmesiyle ihtiyaç duydukları 2. basamak sağlık hizmetine en kısa yoldan ulaşabilmektedirler.

Sağlık hizmetlerine erişimi ücretsiz hale getirdik. Vatandaşlar herhangi bir belge sunmadan, katılım payı ödemedi aile hekiminden kolayca hizmet almaktadır.

Hekim-hasta iletişimi güven, saygı ve gülyüz temelinde şekillenmektedir. Hekim seçme hakkı ve hekimlerin hastalarına sahip çıkma arzusu bu sürece önemli katkı sağladı. Hekimler artık kendilerine kayıtlı kişilerin düşün ve cenaze gibi merasimlerine katılmaya ve aile fotoğraflarında yer almaya başladılar. Aile hekimleri vatandaşlarımıza ücretsiz sağlık danışmanlığı yapmaktadır.



Aile hekimliği ile koruyucu sağlık hizmetinin kapsamını genişlettik. Aşılama, gebe ve bebek takipleri, sağlık taramaları gibi koruyucu sağlık hizmetine sağlıklı hayatın teşviki programlarını da ekledik. Aşılama, bebek ve gebe izlemleri, 15-49 yaş kadın izlemleri, tarama programları, D vitamini ve demir desteği, belli yaş gruplarına yönelik periyodik sağlık kontrolleri, ulusal hastalık kontrol programları gibi birçok koruyucu sağlık hizmetini aile hekimlerinin sorumluluğunda yürütmekteyiz.

Tütünle mücadele, obezitenin önlenmesi, diyabet, kalp ve damar hastalığı başta olmak üzere kronik hastalıkların önlenmesi ve erken tespiti uygulamaları gibi programları sağlık hizmetleri kapsamına aldık. Artık aile hekimleri bu alanlarda farkındalık oluşturulması, tutum ve davranış değişikliği geliştirilmesi için çalışmalarına katılmaktadır.

Koruyucu sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli bir şekilde sunulması, vatandaşlarımızın hastalıklardan korunmasını sağlamakta, beklenen yaşam ömrünün uzamasına vesile olmakta ve sağlık açısından kaliteli bir hayat sürdürülmesine katkıda bulunmaktadır.

İşe giriş, evlilik, okul, sürücü belgesi, defin ruhsatı vb. için gerekli raporlar aile hekimleri tarafından verilmektedir.

Aşılama, gebe ve bebek izlem sorumluluğunu doğrudan aile hekimlerine verdik. Bu hizmetler daha çok ebeler üzerinden yürümekteydi. Aile hekimliği uygulamasında bu görevi yeterince gerçekleştirilmeyen hekimlerin ücretlerinde kesinti yapılması ve uyarılara rağmen bu tutumu sürdürmeleri halinde sözleşmelerinin feshedilmesi söz konusudur.

Aile hekimliği hizmetleri için performans esaslı değerlendirme yapılarak performansı düşük olan aile hekimlerinin ücretlerinde %20'ye kadar kesinti yapılmaktadır.

Aile hekimleri yılda en az bir defa, hizmet verdikleri kişilere ulaşılarak sağlık kayıtlarını güncellemek durumundadır.

Aile hekimine ulaşma zorluğu olan gruplara (cezaevi, huzurevi, çocuk bakımevleri vb.) periyodik aralıklarla yerinde sağlık hizmeti vermekteyiz.

Hekime ulaşmakta sıkıntı çekilen kırsal bölgelere periyodik aralıklarla gezici sağlık hizmeti vermekteyiz. Bu ziyaret sırasında aşı zamanı gelmiş bebekleri aşılama, gebe-lohusa ve bebeklerin takibini yapmakta, bölgenin sağlık sorunlarını değerlendirmekte, gerekli eğitimleri vermekte ve ihtiyacı olan vatandaşların teşhis ve tedavilerini sağlamaktayız.

Gerekli durumlarda ev ziyaretleri yapmaktayız.

Yatalak olup evde bakım alması gereken kişilere verilecek sağlık hizmeti aile hekimleri tarafından koordine edilmektedir.



Sağlık ocaklarına göre daha sevimli ve fonksiyonel aile sağlığı merkezleri oluşturulmaktadır. Asgari standartları belirlenen bu merkezlerin üst standartlara ulaşmalarını ilave ödeneklerle teşvik etmekteyiz. Tam süreli çalışma ve bireyin daha iyi tanınması sebebiyle hastalara daha fazla zaman ayrılması mümkün olmaktadır. Ayrıca gereksiz hastane müracaatları giderek azalmaktadır.

Sağlık Çalışanları Açısından Aile Hekimliği

Aile hekimliği aşağıdaki hususlara imkan vererek sağlık çalışanı motivasyonu ve iş tatminini iyileştirmektedir:

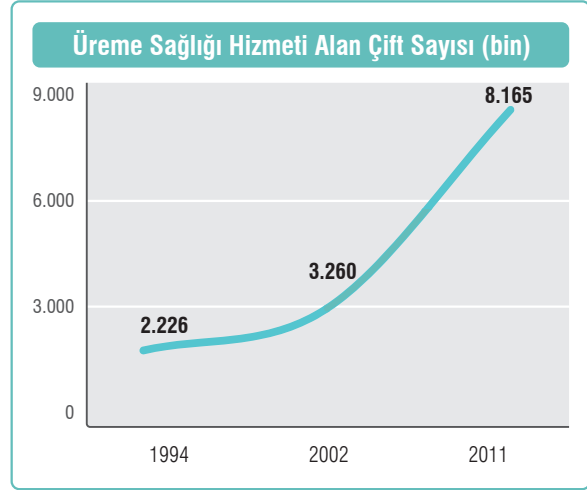
- Çağdaş birinci basamak sağlık hizmeti (bölge tabanlı sistemden nüfus tabanlı birinci basamak sağlık hizmetine geçiş),
- Birinci basamak sağlık hizmetinin bir uzmanlık alanı haline gelmesi,
- Mesleki doyum,
- İtibar artışı,
- Teşvik edici ücretlendirme,
- Daha iyi çalışma şartları,
- İş ve ofis yönetiminde inisiyatif kullanabilme,
- Kalitede rekabet,
- Sürekli tıp eğitimi,
- Uygulamaya gönüllü katılım,
- Gönüllülük esaslı ekip çalışması imkanı
- Görev tanımlarının netleşmesi,
- Kendisine kayıtlı kişileri tanınması ile işinin kolaylaşması,
- Hekim-hasta ilişkisinde paranın yer almaması.



2. Anne ve Çocuk Sağlığı

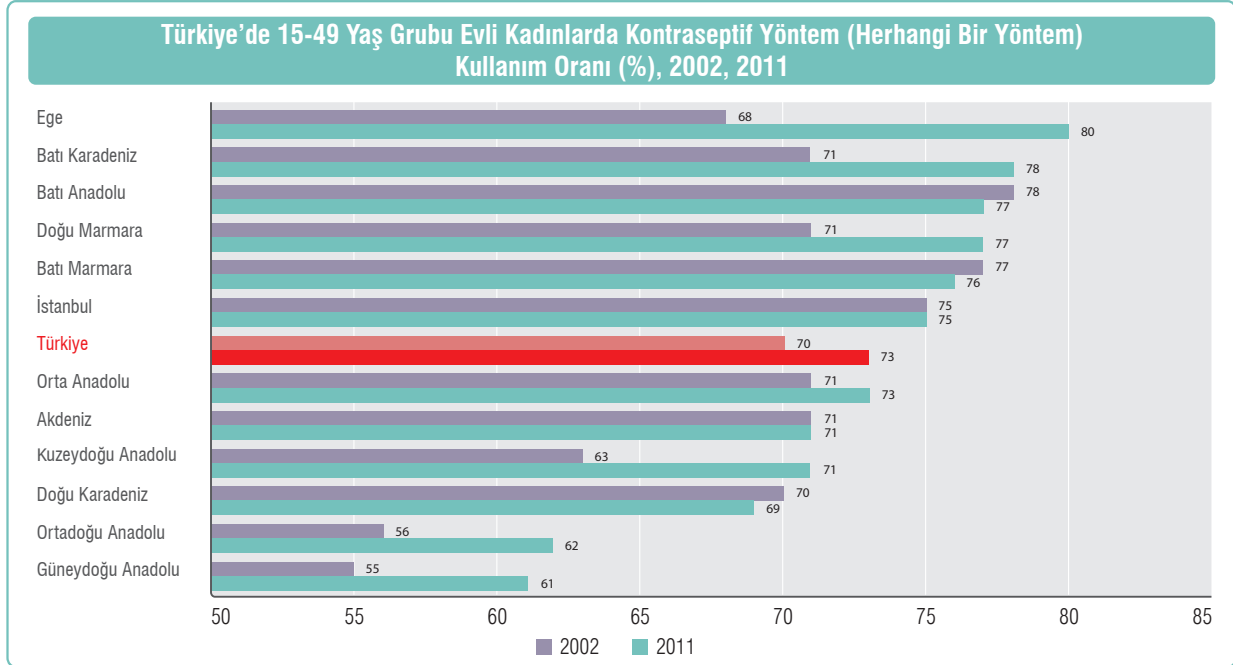
A. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Programı

Ülkemizde cinsel sağlık ve üreme sağlığı alanındaki hizmetlerin kullanılabilirliği ve erişilebilirliğinin artırılması, hizmet kalitesinin yükseltilmesi amacıyla Bakanlığımızın yürütmekte olduğu çalışmalara doğrudan destek ve sivil toplum kuruluşlarıyla olan iş birliğinin güçlendirilmesini sağlamak amacıyla, Türkiye Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Programını yürütmekteyiz. 2002 yılında Bakanlığımıza bağlı sağlık kuruluşlarından üreme sağlığı hizmeti alan çift sayısı 3.260.000 iken 2011 yılında 8.165.000'e ulaştı (Grafik 13).



Grafik 13
Kaynak: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

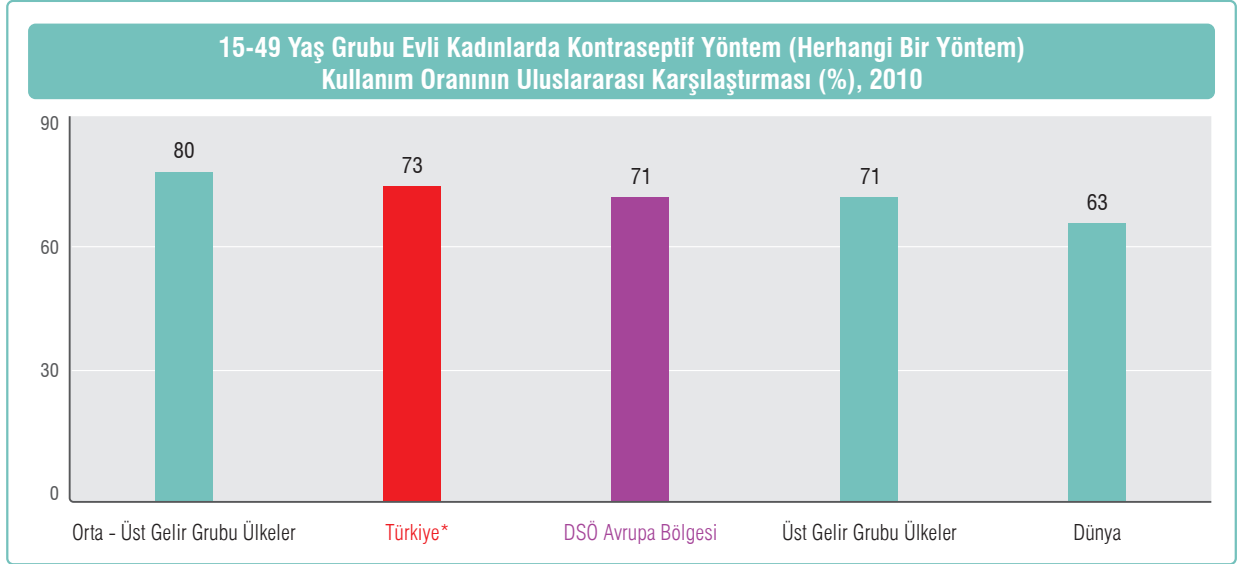
Anne ölümlerini önlemede, istenmeyen gebeliklerin ve annelerin iki yıldan kısa aralıklarla gebe kalmalarının önlenmesi önemlidir. Üreme sağlığı kapsamında yöntem uygulayan kişilere ait ziyaret sayısı 2002 yılı için 4 milyona yakın iken 2011 yılı sonunda 8 milyonu geçti. Doğurganlık çağındaki kadınlarımızın %73'ü doğum kontrol yöntemi (herhangi bir yöntem) kullanmaktadır. Bu oran, DSÖ Avrupa Bölgesi oranının üzerindedir (Grafik 14, 15).



Grafik 14
Kaynak: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu



Üreme Sağlığı Programı kapsamında oluşturulan ve program sonrası 81 ile yaygınlaştırılan Üreme Sağlığı Eğitim Merkezleri ile Üreme Sağlığı Bölgesel Eğitim Merkezlerinde nitelikli hizmet sunumunu sağlamak amacıyla Üreme Sağlığı Modül Eğitimleri ile sağlık personelinin hizmet içi eğitimlerini sürdürmekteyiz.



Grafik 15

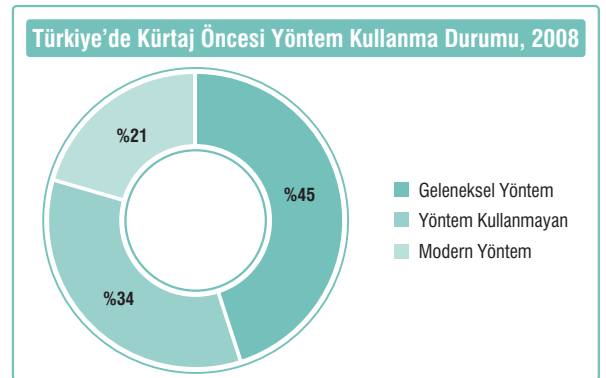
Kaynak: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2011, World Health Statistics 2012

*Türkiye verisi 2011 yılına aittir.

Ayrıca, hemoglobinopatiler (kalıtsal kan hastalıkları) açısından riskli illerde evlenecek çiftlerin taramalarının gerçekleştirilmesini, muhtemel risklerin tespitini, evlilik öncesinde kadın ve erkeklerin akraba evliliği ve kalıtsal hastalıklar konusunda gerekli eğitimi almasını sağlamaktayız. Talasemi hastalığının sık görüldüğü 33 ilde, 2011 yılında 523.556 kişiye evlilik öncesi hemoglobinopati tarama testi uyguladık. Bu illerde evlilik öncesi tarama oranımız %83,1 olarak gerçekleşti.

Kürtaj

Kürtaj, gebeliğin sonlandırılmasında kullanılan cerrahi yöntemdir. Kürtaj, aile planlaması uygulanması değildir. Günümüzde aile planlamasında modern yöntemler mevcut iken kürtajın aile planlaması yöntemi olarak kullanılması kabul edilemez (Grafik 16).

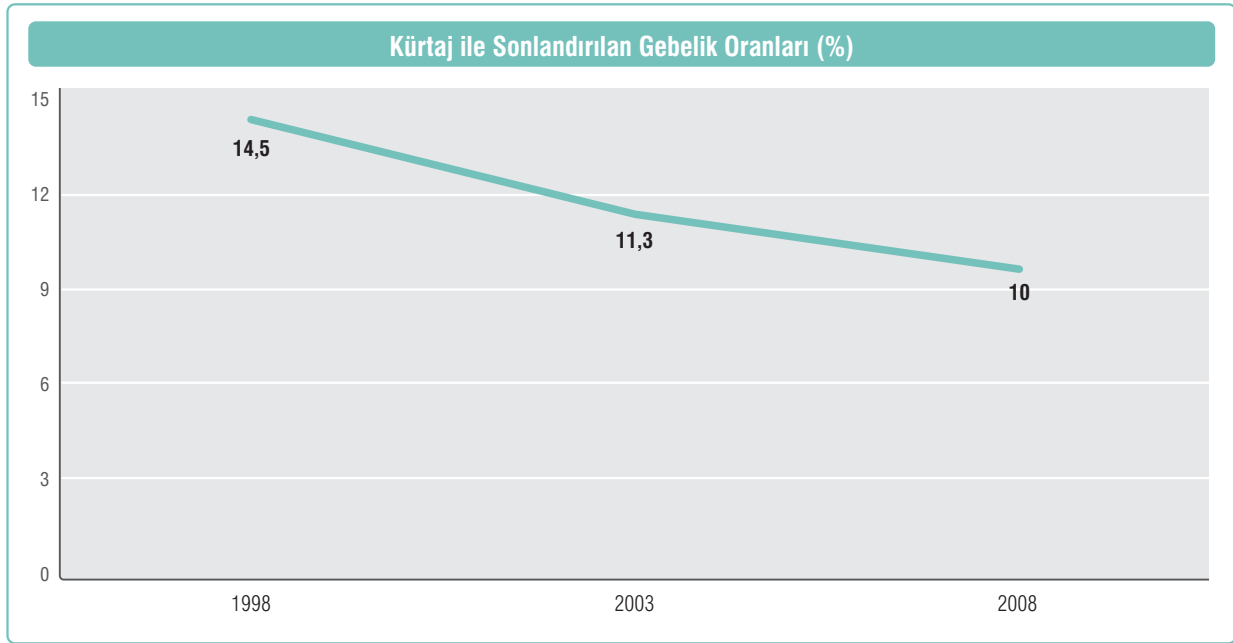


Grafik 16

Kaynak: TNSA 2008



Ülkemizde gebeliğin onuncu haftası dolana kadar, annenin sağlığı açısından tıbbi sakınca olmadığı takdirde, istek (kadının ve evliyse eşinin) üzerine kürtaj yapılabilir. Bu sürenin üzerindeki gebeliklerde, mutlaka tıbbi gerekçe zorunludur. Tıbbi açıdan fetal kalp hareketlerinin olmaması, tamamlanmamış düşük ortaya çıkması, fetusta yaşamla bağdaşmayan anomalilerin (trizomi 18, hidrops fetalis) USG veya tarama testleriyle tespit edilmesi, anne ruh sağlığının yerinde olmaması ya da tecavüz sonucu oluşan gebelik gibi hallerde gebelik tahliye edilmektedir. Ayrıca gebelik anne için hayati bir tehlike oluşturuyorsa, anne gebelikte fetüs için zararlı olabilecek ilaçlar kullanmak zorundaydı ya da dış gebelik, mol gebelik gibi durumların varlığı durumunda gebelik sonlandırılmaktadır.



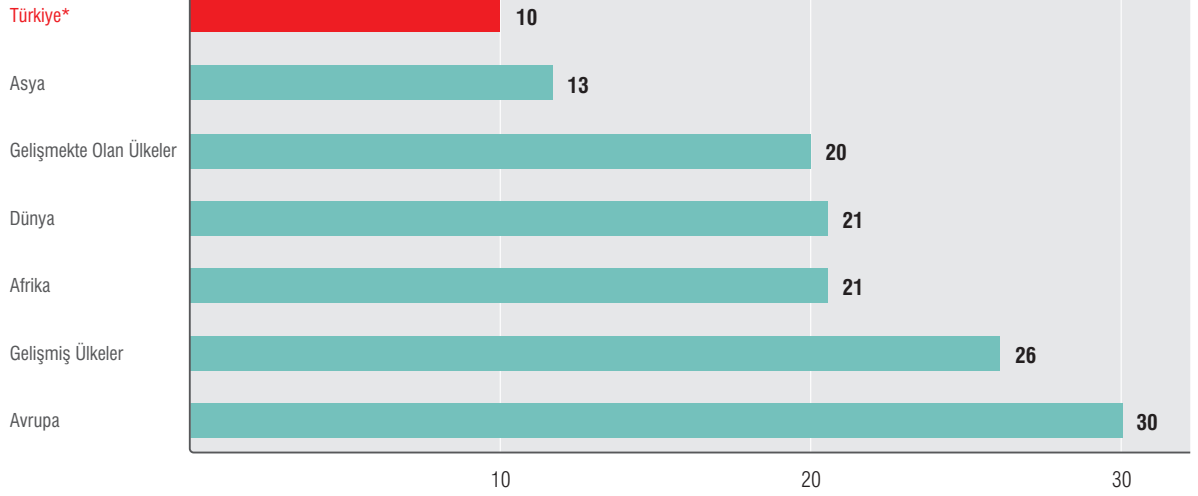
Grafik 17
Kaynak: TNSA 2008

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile cinsel sağlık ve üreme sağlığı programında önemli başarılar elde ettik. 2002 yılında doğum öncesi bakım oranı %70 iken 2011 yılında %95'e ulaştık. 2002 yılında 3 milyonu aşkın çifte üreme sağlığı hizmeti verirken 2011 yılında 8 milyonu aşkın çifte ulaştık.

Ülkemizde 1998 yılında gebeliklerin kürtajla sonlandırılma oranı %14,5 iken 2003'te %11,3'e düşmüştü. Bu oran 2008'de %10'a geriledi (Grafik 17, 18). Bu önemli bir gelişmedir, ancak yeterli değildir. Asıl olan tıbbi gereklilikler olduğunda "güvenli kürtaja" erişimin sağlanması, ancak kürtajın nadir bir yöntem olarak kullanılmasıdır.



Kürtaj Oranlarının Uluslararası Karşılaştırması (%)



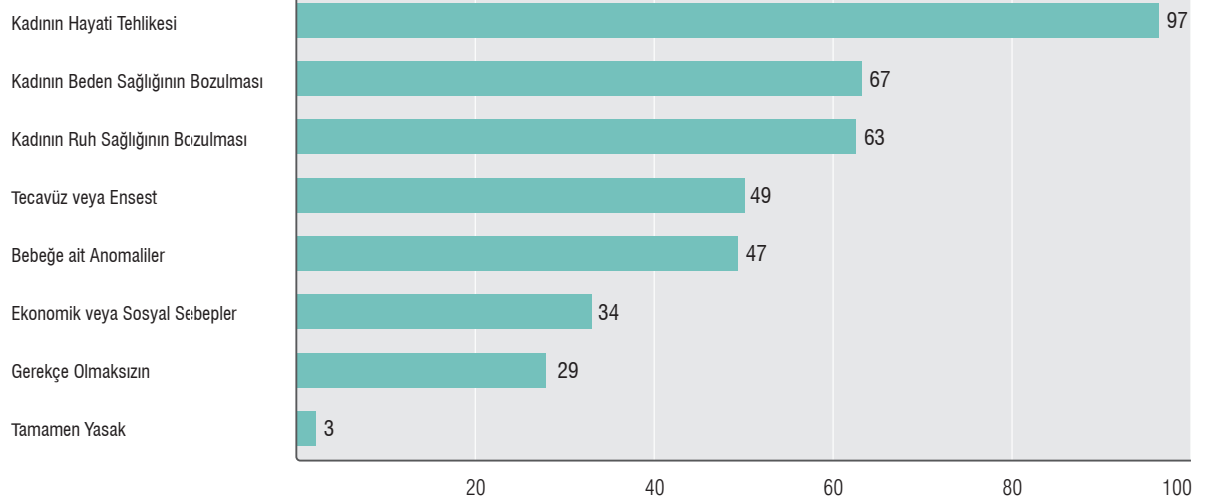
Grafik 18

Kaynak: Induced abortion: Incidence and trends worldwide from 1995 to 2008, WHO 2012

* TNSA 2008

Kürtaja izin verme gerekçeleri ülkeden ülkeye değişmektedir. Tamamen yasak olan ülkeler olduğu gibi tamamen serbest olan ülkeler de vardır (Grafik 19).

Ülkelerin Kürtaja İzin Verme Gerekçelerinin Dağılımı (%)



Grafik 19

Kaynak: UN Population Division. World abortion policies 2011. United Nations, New York, 2011

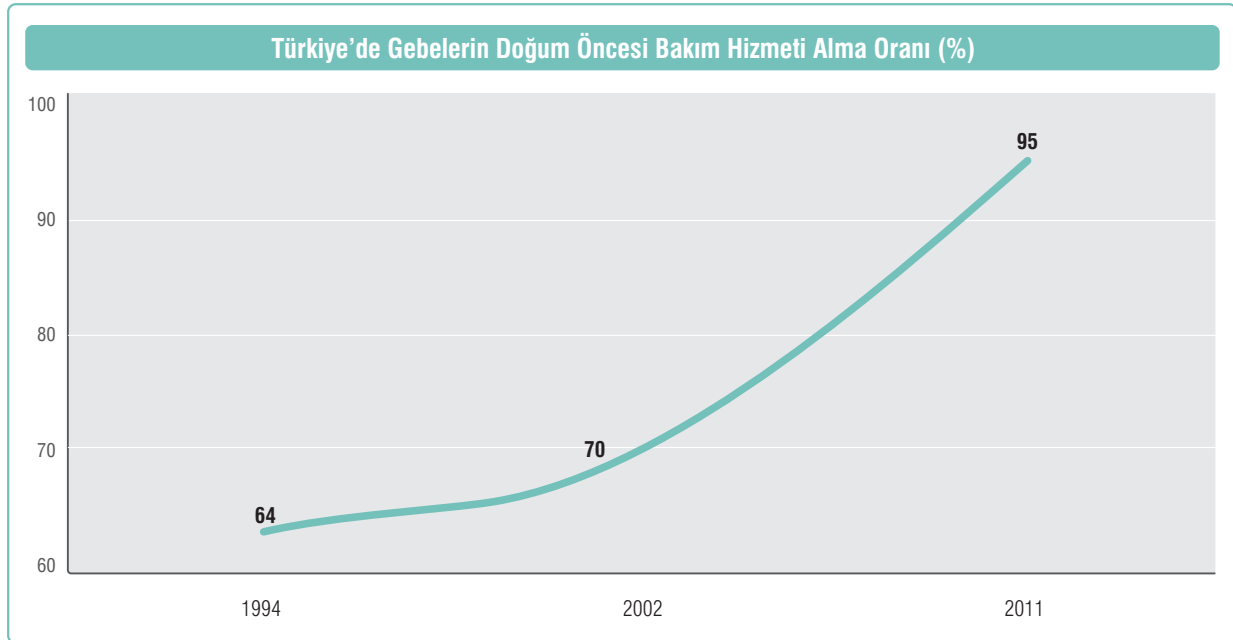


Sonuç olarak diyoruz ki en önemli hak yaşam hakkıdır ve bu hak kutsal bir haktır. Bu hak ilgisizliğe, bilgisizliğe ve duyarsızlığa feda edilemez. Dolayısıyla kürtajın bir doğum kontrol yöntemi olarak kullanılması asla kabul edilemez. Bu konu, öncelikle ve sadece tıbbi bir olgu olarak değil etik, sosyolojik ve hukuki bir olgu olarak ele alınmalıdır. Güvenli kürtaja erişimi kolaylaştıracak, ancak isteğe bağlı kürtaj oranlarını asgari seviyeye indirecek yeni politikaları geliştireyoruz.

B. Kadınlar Gebeliğe ve Anneliğe Hazırlanıyor: Anneler Anneliklerini Yapabilecek

15-49 yaş arasındaki tüm kadınlar; doğurganlık davranışlarına dair bilgi vermek, riskli durumları tespit etmek, erken dönemde gebelik tespitini yapabilmek, aile planlaması yöntem kullanımları hakkında bilgi vermek ve kadın sağlığı ile ilgili konularda danışmanlık yapmak amacıyla yılda en az iki kez birinci basamak sağlık kuruluşları ve aile hekimleri tarafından izlenmektedir. Gebelik öncesi dönemde yapılan bu izlemlerde, anne gebeliğe hazırlanmaktadır.

Hazırlanan “Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi”ne göre gebelerin herhangi bir riski yoksa en az 4 kez izlemi sağlanmaktadır. Ayrıca riskli gebelik protokolleri de hazırlanmaktadır. Bu kapsamda epilepsi, diabetes mellitus, astım, trombo emboli riskli gebe protokolleri hazırladık. 2003 TNSA’da %80,9 olan doğum öncesi bakım oranı , 2008 TNSA’ya göre %92’ye yükseldi. 2011 yılı ulusal veri sistemimize göre bu oran %95’e ulaşmıştır. (Grafik 20).



Grafik 20

Kaynak: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

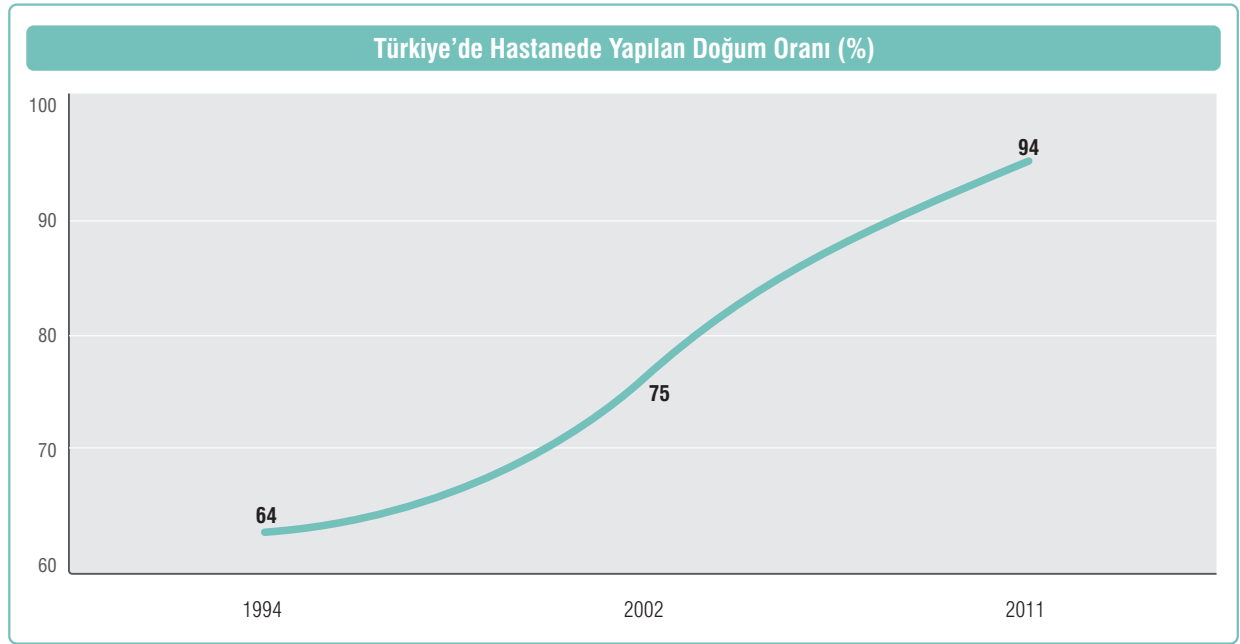
Gebelikte artan demir ihtiyacının karşılanması için her gebeye gebeliğinin 16. haftasından başlayarak doğumdan sonra da 3 ay süreyle 40-60 mg/gün demir desteği sağlamaktayız. 2011 yılında gebelerin %91’ine ücretsiz demir desteği sağladık.



Sağlıklı Doğum, Sağlıklı Bebek

Gebe, lohusa izlemine ve güvenli koşullarda tüm doğumların hastanede gerçekleştirilmesini sağlayarak anne ve bebek ölümlerini azaltmak amacıyla 'Anne Dostu Hastane Programı'nı başlattık. Belirlenen 10 kriteri yerine getiren hastane 'Anne Dostu Hastane' unvanı almaktadır.

Her gebenin sağlıklı ve güvenli olarak hastanede doğum yapmasını, sezaryen oranlarının makul düzeylerde olmasını sağlamak ve eşitsizlikleri ortadan kaldırmak amacıyla sağlık kuruluşlarında doğumları ve sezaryen oranlarını izlemekteyiz.



Grafik 21

Kaynak: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

Ayrıca doğum salonlarını ve travay odalarını hasta mahremiyetine saygılı, tek kişilik birimler haline dönüştürüyoruz. 2003 yılında doğumların yaklaşık dörtte biri evlerde, sağlıksız şartlarda yapılıyordu.

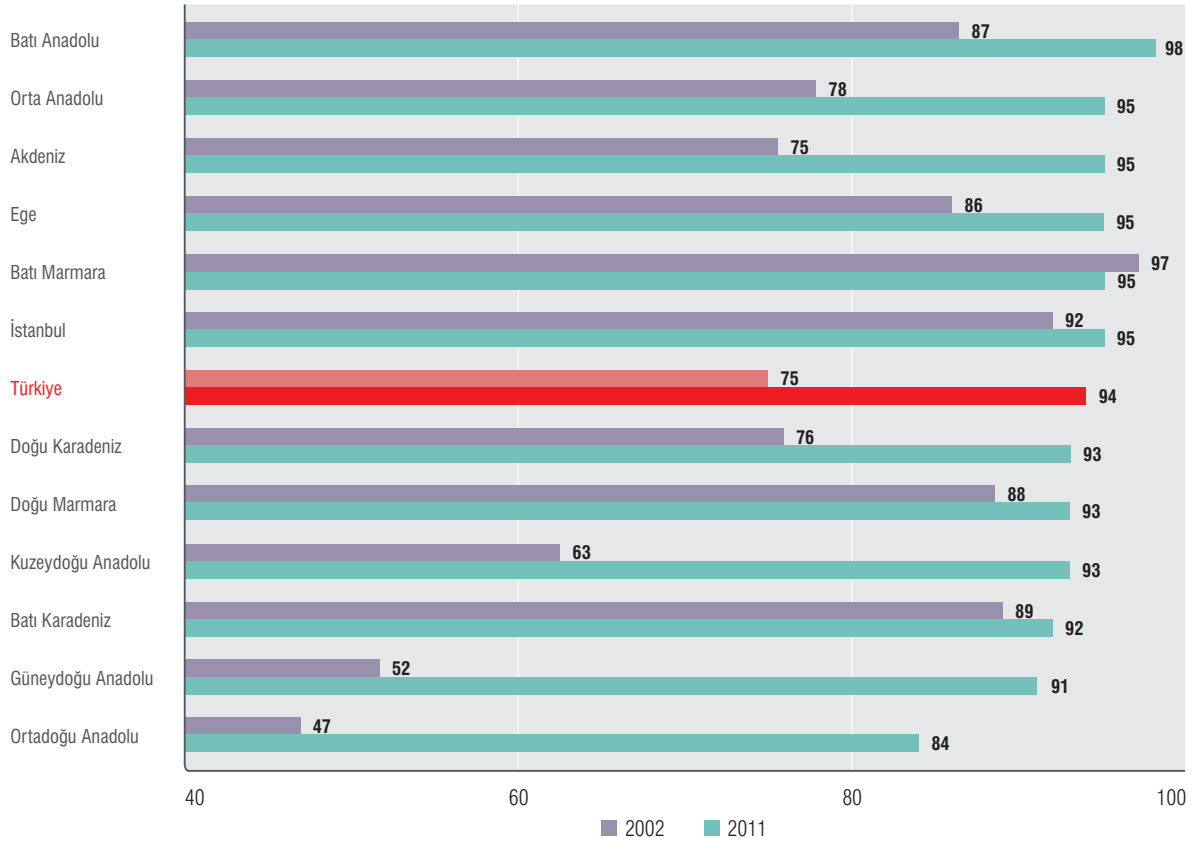
2003 TNSA verilerine göre sağlık kuruluşlarında doğum oranı %78 iken, 2008 TNSA oranı %90 olup 2011 yılı SB rakamlarına göre bu oran %94'e ulaştı (Grafik 21, 22). Hedefimiz 2015 yılına kadar doğumların %99'unun sağlık kuruluşlarında yapılmasıdır.

Doğumların sağlık kuruluşu ortamında ve hijyen şartlarına riayet edilerek yapılması sonucunda, maternal (lohusa) ve neonatal (yenidoğan) tetanoz hastalığının ülkemizden elimine ettik. Mayıs 2009'da Dünya Sağlık Örgütü tarafından bu durum resmen ilan edildi.

Acil Obstetrik Bakım Programı çalışmalarımız da obstetrik komplikasyonlarda anneye ve bebeğe müdahale, güvenli sevk, güvenli kan nakli, sektörler arası iş birliği componentleri ile devam etmektedir.



Türkiye’de Sağlık Kuruluşlarında Gerçekleşen Doğumların Tüm Doğumlar İçindeki Oranı (%), 2002, 2011



Grafik 22

Kaynak: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

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 her bir çocuk için aylık 30 ₺ nakit para yardımı yapmaktayız. Doğumlarını sağlık kuruluşlarında yaptırmaları halinde, gebelere ayrıca 70 ₺ yardımda bulunuyoruz.

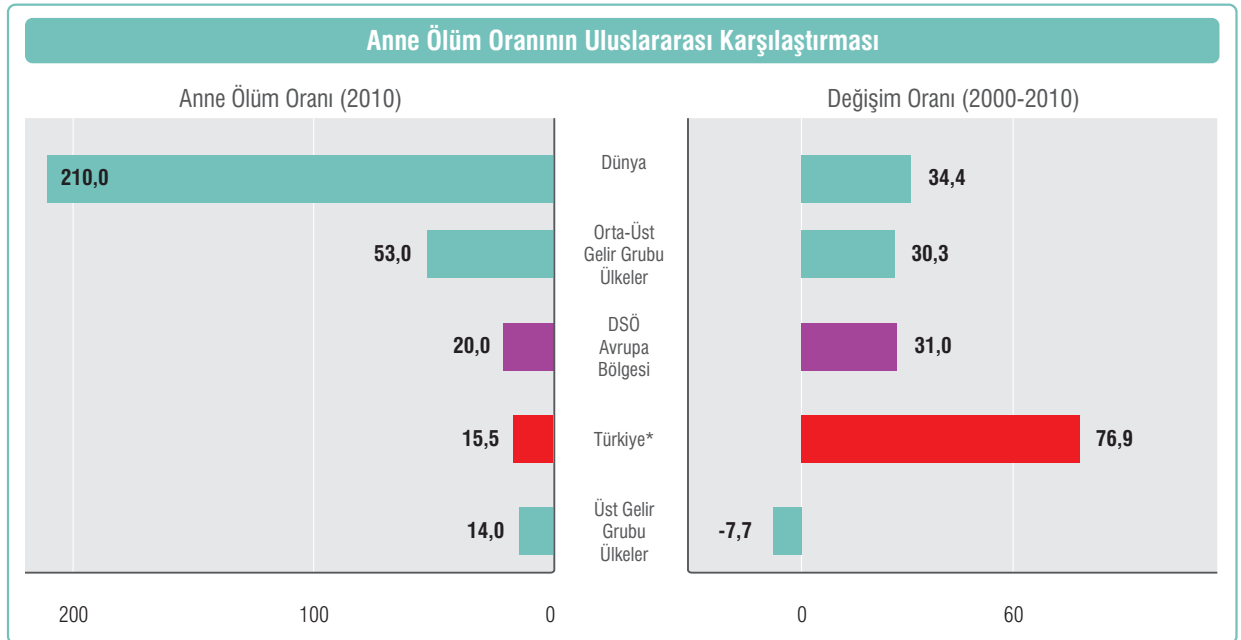
Yataklı tedavi kurumlarında doğum yapan bütün annelere ulaşmak amacıyla 2004 yılında “Bilinçli Anne, Sağlıklı Bebek Programı” başlattık. Bu program ile annelerin hastaneden ayrılmadan kendilerinin ve bebeklerinin sağlıklarını ilgilendiren temel konularda bilgilendirilmelerini amaçlıyoruz.



Postpartum dönemde kanama, preklampsi-eklampsi ve enfeksiyon gibi sebeplerle meydana gelen anne ve bebek ölümlerini önlemek amacıyla Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi oluşturduk. İlk kez 2008 TNSA'da sorgulanan doğum sonu bakım oranı %84,5 olarak tespit edildi. 2011 yılı ulusal veri sistemimize göre bu oran %90,6'dır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile başlatılan uygulamalardan biri de "Misafir Anne Projesi"dir. Bu uygulama kapsamında riskli gebelerin güvenli ortamlarda misafir edilmesine başladık. Uygulama ile mevsim şartları itibarıyla riskli bölgelerde ikamet eden gebeler doğum yapmalarına dört hafta kala tıbbi bakım ve barınma imkânı sağlanmak üzere "Anne Otelleri / Misafirhaneleri" ne davet edilmekte ve daveti kabul edenler doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakımları yapılarak ulaşım şartlarının uygun olduğu zamanda evlerine götürülmektedir. 2011 yılı döneminde 4.795 anne adayımıza bu hizmeti verdik.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile anne ölüm oranını Türkiye, aynı gelir grubu ülkelerle karşılaştırılamayacak kadar iyileştirdi (Grafik 23, 24).



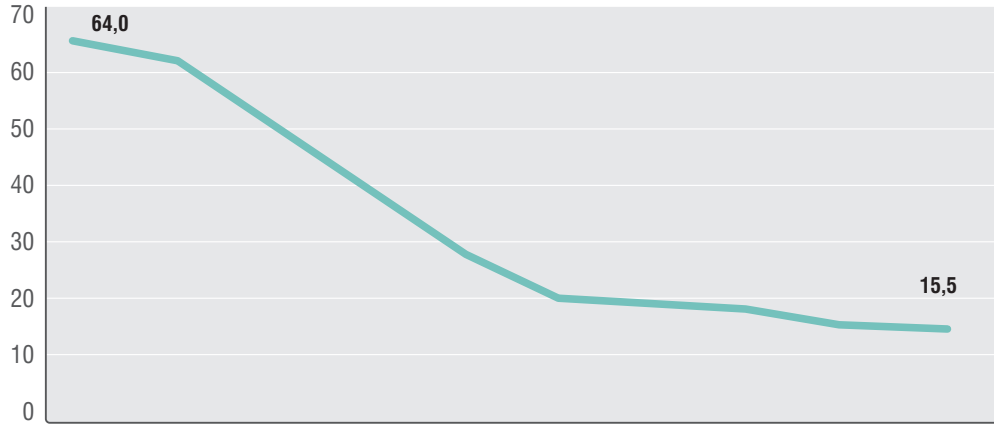
Grafik 23

Kaynak: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, World Health Statistics 2012

* Türkiye verisi 2011 yılına aittir.



Türkiye'de Yıllara Göre Anne Ölüm Oranı (yüzbinde)



Yıllar
Anne Ölüm Oranı

2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
64,0	61,0	50,2	39,3	28,5	21,2	19,4	18,4	16,4	15,5

Grafik 24

Kaynak: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu



Avrupa Sağlık Raporu 2009 (sayfa, 18)

European Health Report 2009

Yayın Yılı : 2009

Yayımlayan Kuruluş : Dünya Sağlık Örgütü

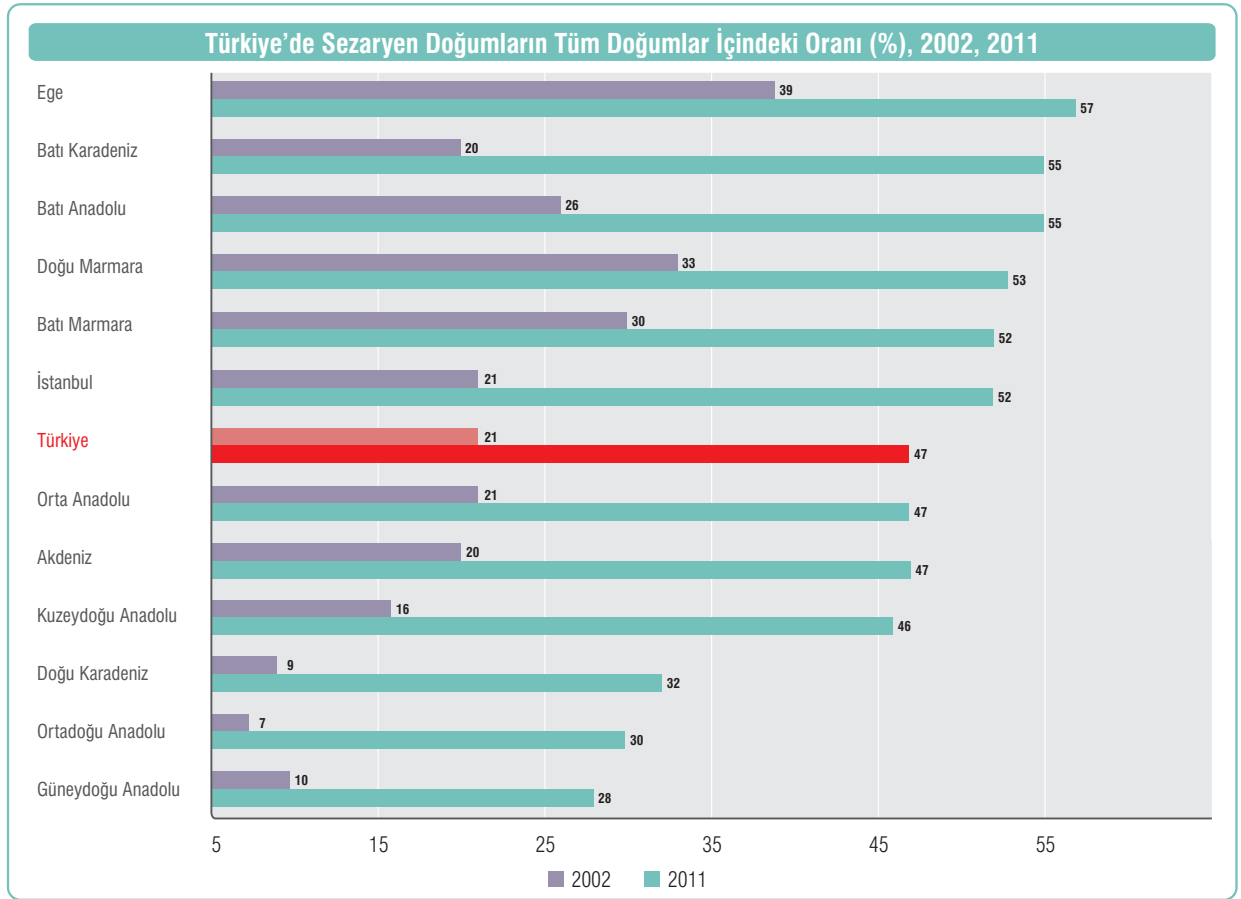
“...Bu ilerleme, anne ölümlerini politik bir öncelik olarak belirlemek, buna göre finansman ayırmak, hizmet ve politikaları kültürel hassasiyetlere göre düzenlemekle sağlanmıştır.

Bu hizmetler, hamileler için hastane yakınında doğum öncesi bakımevlerinin kurulmasını ve acil obstetrik vakalarda uzman kadrolar tarafından sağlanan uygun ve kaliteli bakıma ulaşmak için ücretsiz kara ve hava ulaşımının sağlanmasını içerir.”



Sezaryen

Sezaryen, 500 gr ve üzeri fetüsün abdominal ve uterin kesi ile abdominal doğurtulmasıdır. Sezaryen cerrahi bir müdahaledir. Tıbbi endikasyonlarla sezaryen uygulanması, anne ve bebek için hayat kurtarıcı olup anne ve/veya bebek ölüm ve hastalıklarının azaltılmasında oldukça etkilidir. Endikasyonsuz yapılan sezaryenlerin de anne ve/veya bebekte sakatlık ve ölümü artırdığı bir gerçektir.



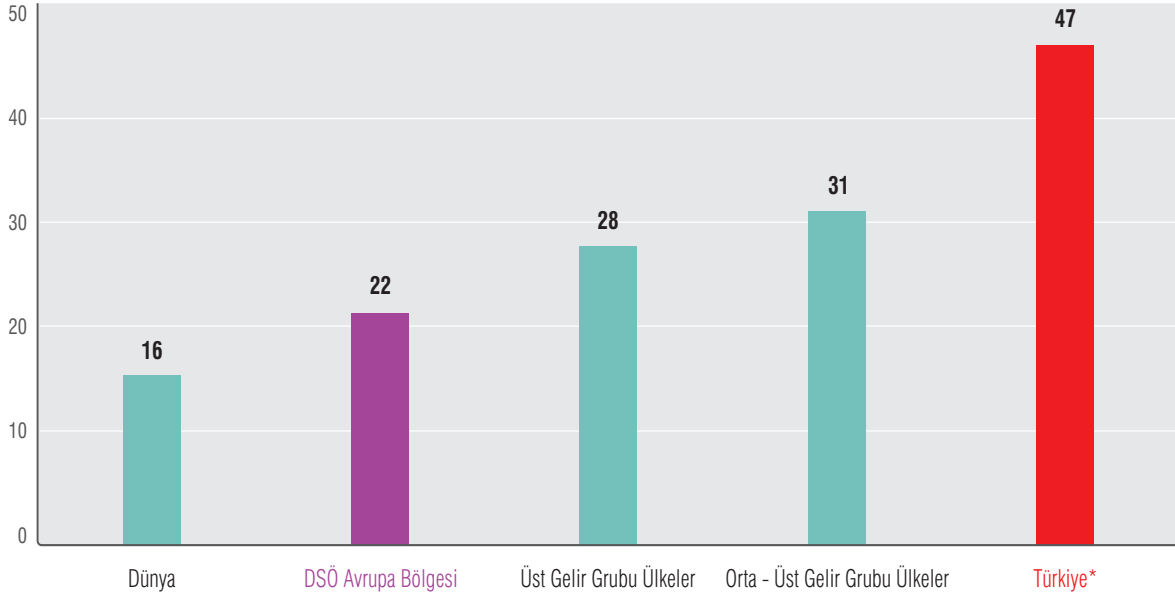
Grafik 25

Kaynak: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

Sezaryen sırasında ve sonrasında karşılaşılan komplikasyonlar; anestezi riskleri, kanama ve kan transfüzyonu ihtiyacı, komşu organ yaralanmaları, emboli, neonatal morbidite, bebekte yaralanma, yenidoğanda respiratuar distres sendromu, enfeksiyonlar (endometrit, yara yeri enfeksiyonları), annede psikolojik problemler, tekrarlayan sezaryen ve buna bağlı riskler (plasenta previa (önde gelen plasenta), uterus rüptürü, batın içi yapışıklıklar) şeklinde özetlenebilir.



Sezaryen Doğumların Tüm Doğumlar İçindeki Oranının Uluslararası Karşılaştırması (%), 2010



Grafik 26

Kaynak: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2011, World Health Statistics 2012

* Veri 2011 yılına aittir.

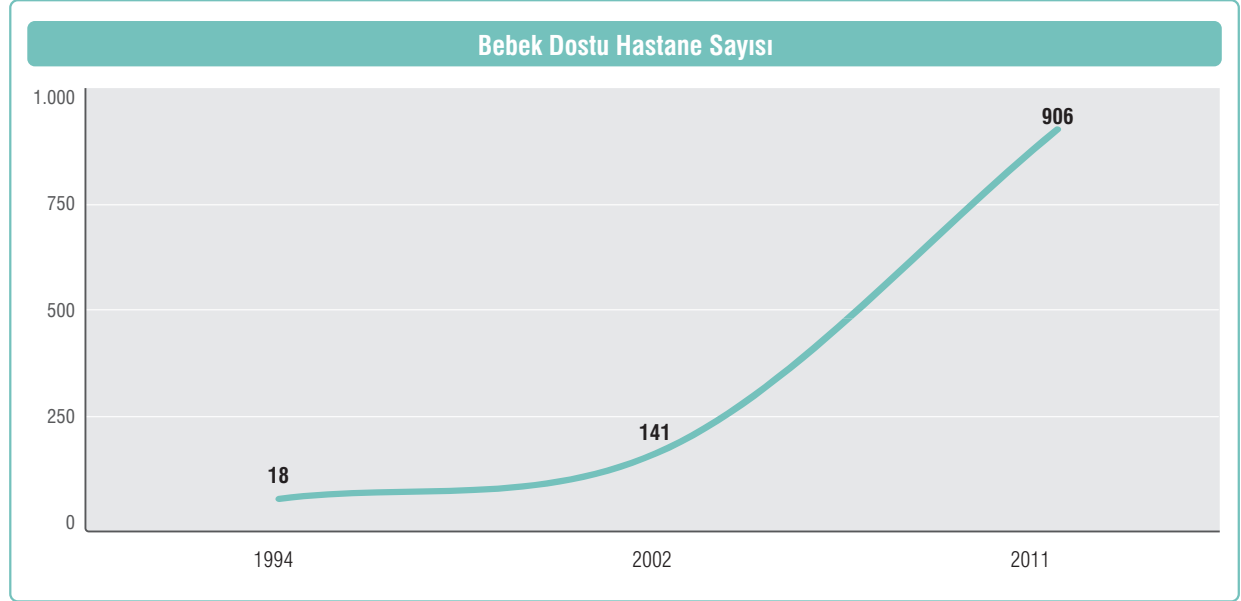
Bakanlık olarak tıbbi endikasyonu olan gebelerin en iyi şartlarda sezaryenle doğum yapmalarını sağlamanın yanı sıra tıbbi endikasyon dışı sezaryen doğumları da minimuma indirmeyi amaçlamaktayız. Hedefimiz ülkemizde sezaryen oranını Dünya Sağlık Örgütü tarafından %15-20 olarak benimsenen kabul edilebilir sınıra düşürmektir (Grafik 25, 26).

C. Geleceğimizin Teminatı Anne ve Çocuklar

Bebeklerin ilk 6 ay sadece anne sütüyle beslenmesi, 6. aydan sonra ek gıdalarla birlikte anne sütüne 2 yaşına kadar devam edilmesi bebek ölümlerini %20'ye yakın oranda önlemektedir. Anne sütünün teşviki amacıyla başlattığımız "Bebek Dostu Hastane" sayısı 2002'de 141 iken 2011 yılı sonunda 906 oldu (Grafik 27). Bu şekilde doğum yapılan tüm hastanelerimiz "Bebek Dostu Hastanesi" oldu. Bebek dostu hastanelerimizde doğan her bebek anne sütü ile beslenerek hayata sağlıklı bir başlangıç yapmaktadır.



Artık doğum yapılan her hastanemiz bebek dostudur.



Grafik 27

Kaynak: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

Anne sütü her bebeğin hakkıdır...

UNICEF iş birliğinde temel amacı emzirmenin korunması, özendirilmesi ve desteklenmesi olan “Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları Programı”nın temel ilkesi “ilk 6 ay sadece anne sütü verilmesi ve 6. aydan sonra uygun besinlerle beraber emzirmenin 2 yaşına kadar sürdürülmesidir”. Bu kapsamda doğum yapılan hastanelerimiz ve daha sonra anne ve bebeklerimizin izlemlerini gerçekleştiren birinci basamak sağlık kuruluşlarımız, bu ilkeyi başarı ile uygulayabildikleri oranda “bebek dostu sağlık kuruluşu” unvanı ile, bunu il genelinde sağlayabilen illerimiz ise “bebek dostu il” unvanı ile ödüllendirilmektedir.

1991-2002 yılları arasında 141 hastanemiz ve sadece 1 ilimiz bebek dostu unvanı almaya hak kazanmışken bugün itibarıyla toplam 906 hastanemiz ve 78 ilimiz bebek dostu unvanına sahiptir. 41 ilimiz ise çalışmalarını bir adım öteye taşıyarak “Altın Bebek Dostu İl” oldu. Artık doğum yapılan her hastanemiz bebek dostudur.

2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması sonuçlarına göre 6 ay sadece anne sütü ile beslenme oranı % 20,8 iken 2008 yılında bu oran ikiye katlanarak % 41,6 oldu. Bu sayede daha çok bebek yaşama sağlıklı bir başlangıç yapabilme şansını elde etti.

Kansızlıktan korumak amacıyla bebeklere ücretsiz demir desteği vermeye başladık. Her yıl yaklaşık 1 milyon bebek bu hizmetten faydalanmaktadır. Projenin başladığı 2004 yılından 2011 yılı sonuna dek 8,5 milyonu aşkın bebeğe demir desteği verdik.



Sadece 2011 yılı içinde demir desteği verilen bebek sayısı 1 milyon 285 bindir. 2011 yılı içerisinde anne ve anne adaylarımıza ise 3,2 milyon kutu demir preparatı temin ettik.

Bebeklerimizin kemik gelişimini destekleyen D vitaminini ücretsiz dağıtmaya başladık. Mayıs 2005'den 2011 yılı sonuna dek 8 milyon 500 binden fazla bebeğe D vitamini desteği sağladık. 2011 yılında toplam 2 milyon 500 bin kutu D vitaminini ücretsiz olarak dağıttık.

Demir Gibi Türkiye

Dünya Sağlık Örgütü'nün 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 görülmekteydi.

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.

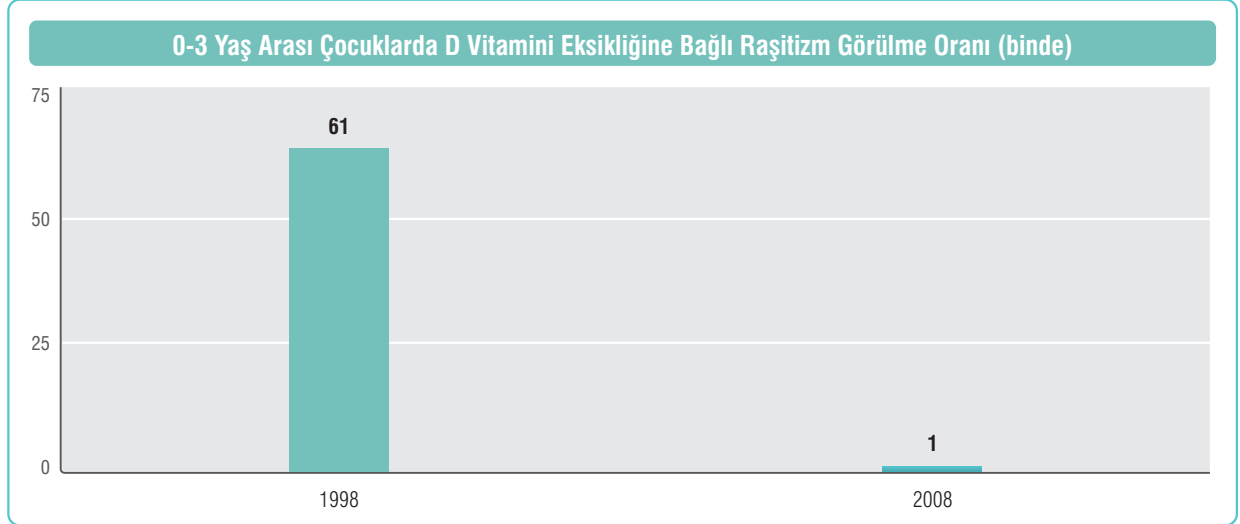
Bu önemli halk sağlığı sorununun çözümü için ülke düzeyinde; toplumun demir yetersizliği konusunda bilinçlendirilmesi, bebeklerin ilk altı ay anne sütü alması ve altıncı ayın sonunda uygun ve yeterli miktarda ek besine geçilerek emzirmenin 2 yaşına kadar sürdürülmesi, 4-12 ay arası her bebeğe koruyucu 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 8,5 milyonu aşkın bebeğe demir desteği sağladık.

Demir Gibi Türkiye Programı'nın ardından Gebelerde Demir Destek Programı'nı da başlatarak, kapsamı genişlettik. 2010 yılında gebelere 3,2 milyon kutu demir preparatı dağıttık.

Demir Gibi Türkiye Programı'nın etkilerini incelemek amacıyla Bakanlığımız ve Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Sosyal Pediatri Bilim Dalı iş birliğinde Mart-Nisan 2007'de "Demir Eksikliği Araştırması" yapıldı. Bu araştırmanın sonuçlarına göre 12-23 aylık çocuklarda anemi sıklığı %30'lardan % 7,8'e indi. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin Mart 2011'de yaptığı araştırmada bu oran %6,3 oldu. Bebeklerimizin daha sağlıklı olmaları ve bilişsel açıdan potansiyellerine erişme yolunda katettiğimiz mesafe bu sonuçlarda açıkça görülmektedir.



Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi tarafından Doğu Anadolu Bölgesi'nde yapılan çalışmalarda 1998 yılında 0-3 yaş arası çocuklarda D vitamini eksikliğine bağlı raşitizm insidansı binde 61 iken bu oran 2008 yılı şubat ayında binde 1 olarak tespit edildi (Grafik 28).



Grafik 28

Kaynak: Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Raşitizm Araştırması

Hayat başlarken ilk soluğa destek...

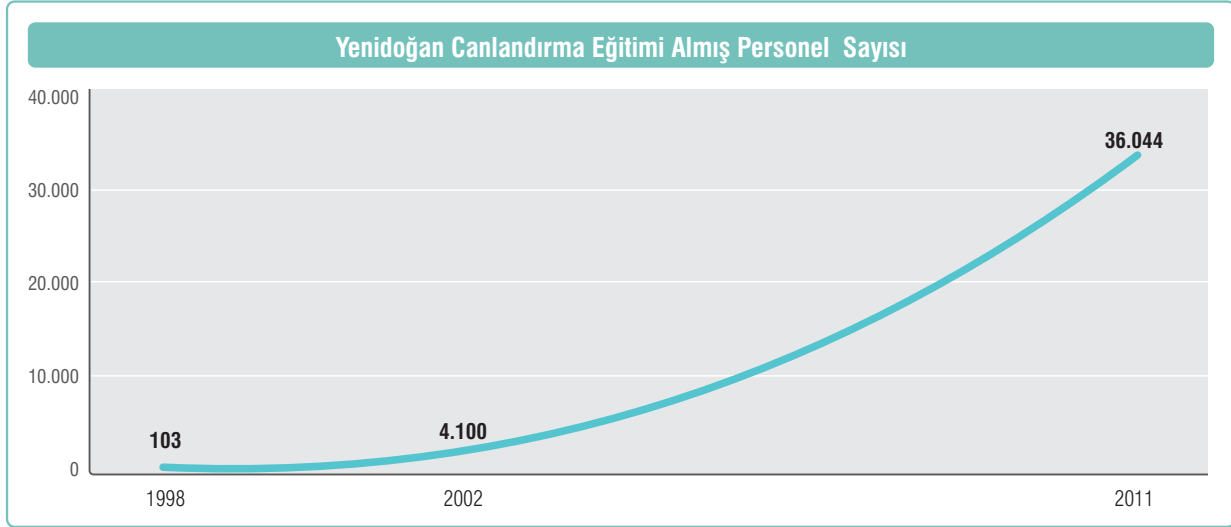
Doğumu izleyen dakikalar bebeğin anne karnı dışındaki yaşama uyum sağlamasına yardım edilmesi gereken kritik dakikalardır. Doğumun ardından soluk almakta güçlük çeken bir bebeğe, yaşamın ilk birkaç dakikasında yapılan girişimlerin sonuçları yaşamın niteliğini doğrudan etkileyerek tüm bir yaşam boyunca sürecek sonuçlar doğurur.

Yenidoğan bebeklerimize ilk dakikalarda gereken yardım ve bakımın sağlanması, temel canlandırma uygulamalarının yerleştirilebilmesi ancak bu konuda eğitim almış ve standart uygulamaya sahip personelin yetiştirilmesiyle gerçekleştirilir.

Bu kapsamda oksijensizliğe bağlı ölümlerin ve sakatlıkların önlenmesi için her doğum salonunda mutlaka eğitilmiş en az bir sağlık personelinin bulunmasının amaçlandığı Yenidoğan Canlandırma Programı (NRP) 1998 yılında başlatıldı. 1998 yılında 4 uygulayıcı kursunda 103 kişinin eğitimiyle başlayan bu yolculukta bugün 1.803 uygulayıcı kursu ile doğumhanede çalışan 36.044 sağlık personeline ulaşılmış durumdayız (Grafik 29). 2002 yılına dek 4.100 kadar olan eğitilmiş sağlık personeli sayısı 9 yılda 10 kat arttı. Eğitilen kişiler arasında Bakanlığımız personeli dışında üniversiteler, asker hastaneleri ve özel hastanelerden de katılımcılar bulunmaktadır. Artık doğum yapılan tüm birimlerimizde eğitilmiş personel mevcuttur. Önlenebilir sebeplerle tek bir bebek bile kaybedilmeyinceye dek bu yolda yürümeye devam edeceğiz.



Artık doğum yapılan tüm birimlerimizde eğitimli personel hazır bulunmaktadır.



Grafik 29

Kaynak: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

D. Yenidoğan Taramaları ile Engelleri Aşıyoruz!

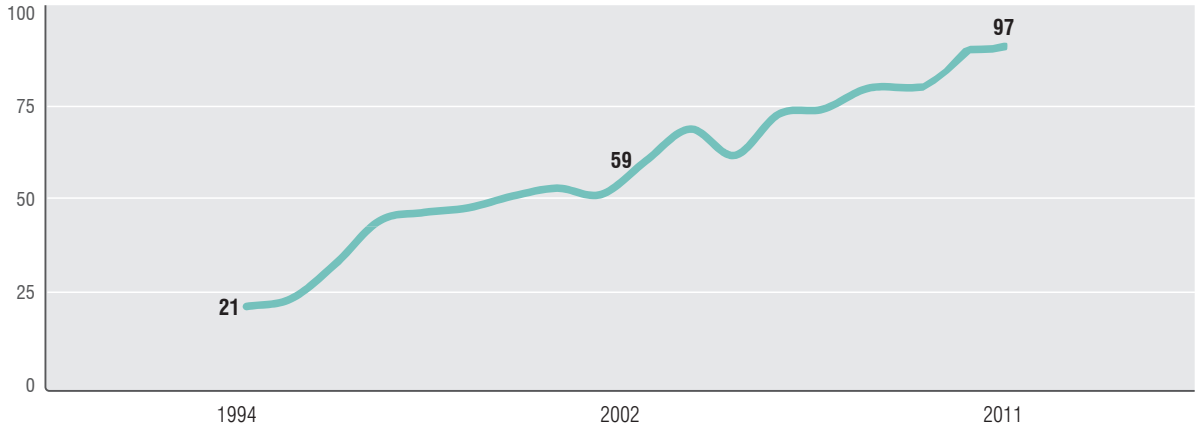
Genetik geçişli bazı hastalıklar, erken tespit edilmediği takdirde özellikle beyin dokusunu etkileyerek ömür boyu devam eden kalıcı hasarlara neden olmaktadır. Yenidoğan döneminde yapılan taramalarla bu hastalıklar erken tespit edilmekte ve uygun tedavilerle engellilik önlenebilmektedir.

Yenidoğan bebeklerin hayata sağlıklı başlayabilmelerini sağlamak amacıyla ülke düzeyinde yenidoğan tarama programlarını genişlettik. Daha önce başlatılmış olan fenilketonüri taramasını yaygınlaştırdık. Çocuklarımızın özellikle nörolojik gelişimi açısından hayati öneme sahip olan konjenital hipotiroidi taramasını 2006 yılı sonunda, biyotinidaz eksikliği taramasını ise 2008 yılı sonunda başlattık. Böylece yakalandığında kolayca önlenebilen, ancak gözden kaçırıldığında telafisi imkansız sonuçlar doğurarak zihinsel ve bedensel gelişme geriliğine yol açan fenilketonüri ve konjenital hipotiroididen bebeklerimizi büyük ölçüde korumuş olduk. Fenilketonüri ve hipotiroidi taramalarında hedef nüfusun %96,5'ine ulaştık (Grafik 30). Yenidoğan Tarama Programı kapsamında 2011 yılında, yıl içinde doğan 1.266.785 bebeğin taramasını yaptık. Taramalar sonucunda 154 bebeğe fenilketonüri, 2.201 bebeğe konjenital hipotiroidi (geçici vakalar da dâhildir) ve 204 bebeğe biyotinidaz eksikliği tanıları koyarak tedavilerine başladık.

Tüm illerimizde, 727 hastanede Yenidoğan İşitme Taraması Ünitelerinin kurulmasını tamamladık, işitme taramalarına başladık. 2011 yılı içerisinde 959 bin bebeğimize işitme taraması yaptık. Bu bebeklerden 1.757'sinde işitme kaybı tespit ederek onları tedavi programına aldık. Taramaların daha da yaygınlaştırılması amacıyla henüz tarama yapmayan 200 hastaneye işitme taraması cihazı temin edilmesi için alım gerçekleştirdik.



Fenilketonüri Tarama Oranları (%)



Grafik 30

Kaynak: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

Bebeğiniz sizi duyuyor mu?

Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre dünya nüfusunun yaklaşık %10'unu özürllüer teşkil etmektedir. Nüfusun yaş dağılımındaki, hastalık ve ölüm nedenleri örüntüsündeki ve sağlık hizmetlerinin içeriğindeki değişim ile endüstrileşmenin artmasının dünyadaki sakat kişi oranlarını değiştireceği tahmin edilmektedir. Sakatlıklardan korunma da taramalar, erken tanı için çok kullanılan ve en iyi sonuç veren yöntemlerdir. Özürllülük nedenleri içinde sık rastlanan doğumsal metabolik hastalıklar ve yenidoğan işitme kayıpları önemli yer tutmaktadır.

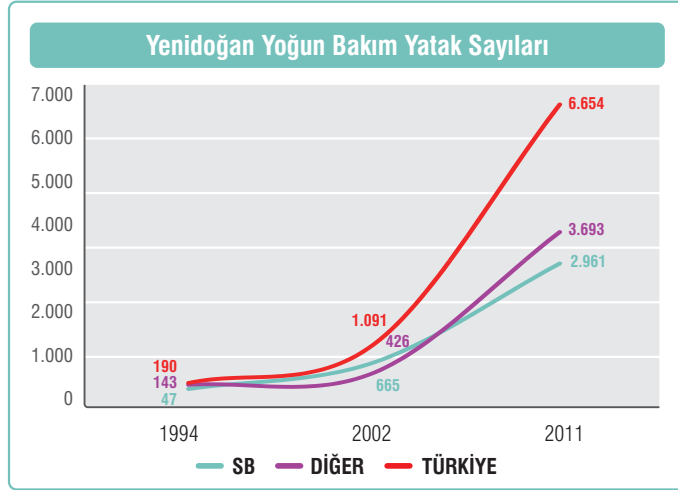
İşitme engeli ile doğan ve bu engeli fark edilmeyen bebeğin dil gelişimi durur. Bununla birlikte zihinsel, sosyal ve ruhsal gelişimi yavaşlar. Yenidoğan işitme taraması programını "İşitme kaybıyla doğan ya da doğum sonrası dönemde işitme kaybı ortaya çıkan çocuklarda işitme kaybının çocuğun konuşma gelişimini etkilemeden, psikolojik ve sosyal açıdan sağlıklı bir birey olarak toplumdaki yerini almasını sağlayacak şekilde erkenden tespiti ve bu konuda sağlık personelinin ve toplumun bilinçlendirilmesi" için planlandık.

Başbakanlık Özürllüer İdaresi tarafından 2000 yılında pilot proje olarak başlatılan ve 2004'te ulusal ölçeğe taşınan program, 2005 yılında Bakanlığımız sorumluluğuna geçti. Programı devraldığımız 2005 yılında 24 ilimizde 36 merkezde tarama yapılırken (tarama oranı %6,9), 2011 yılında geldiğimiz noktada tüm illerimizde tarama merkezimiz vardır. 2011 yılı içerisinde toplam 959 bin bebeğe işitme taraması yaptık. Bu bebeklerden 1.757'sinde işitme kaybı tespit ederek tedavi programına aldık. Tarama oranımız 2011 yılı için %76'ya ulaştı. Bakanlığımıza bağlı 6 çocuk hastanesi, 51 doğum- çocuk bakımevi, 338 devlet hastanesi ile 298 özel hastane, 45 üniversite hastanesi olmak üzere toplam merkezde 727 hastanede Yenidoğan İşitme Taraması Ünitesi kurularak, işitme taraması çalışmalarına başlatıldı.



E. Yenidoğan Yoğun Bakımı

Sağlık Bakanlığı hastanelerinde 2002 yılında 665 olan yenidoğan yoğun bakım yatak sayısını, 2011 yılı sonu itibarıyla 2.961'e çıkardık (Grafik 31). Transport kuvöz sayısını 158'den 469'a, ventilatör sayısını 252'den 855'e çıkardık.



Grafik 31

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü



Erken Doğum: Prematüre Doğum Hakkında Küresel Eylem Raporu, 2012

Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth, 2012

Yayınlayan Kuruluş: Dünya Sağlık Örgütü

Bazı Ülkeler Erken Doğum Nedeniyle Gerçekleşen Bebek Ölümelerini On Yıl İçerisinde Yarı Yarıya Düşürdü

Türkiye Örneği

“Orta üst gelir düzeyinde bir ülke olan Türkiye, son on yılda sağlık alanında önemli bir ilerleme kaydetti. Türkiye’de sağlık sisteminde dönüşüm oldukça kapsamlı bir biçimde gerçekleşti, ancak bu dönüşüm içerisinde özellikle anne ve yenidoğan sağlığı politikaları çok önemli bir yere sahiptir. Aslında Türkiye, OECD ülkelerinde 30 yılda elde edilen başarıları on yıl içerisinde elde etti.”

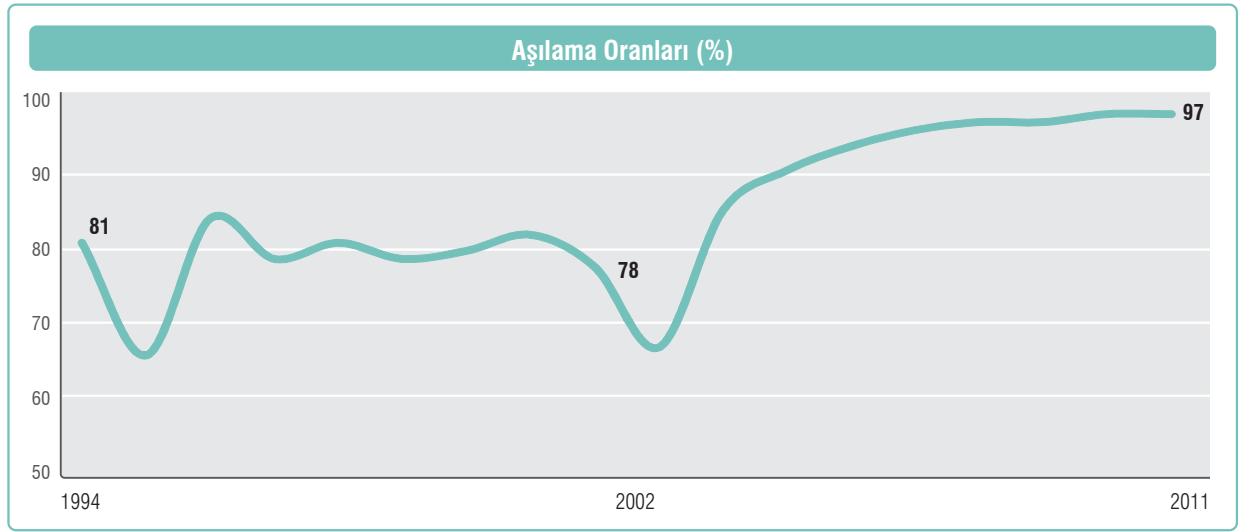
“Türkiye’nin başarısının bir bölümü arz ve talep stratejilerinin uygulanması yoluyla gerçekleşti. Maddi yardımlar, kırsaldan gelen hamileler için şehirlerdeki doğumevlerinde ücretsiz konaklama da dâhil olmak üzere doğum öncesi bakım ve sağlık tesislerinde doğum konusunda önemli bir teşvik mevcuttur. Emzirmenin teşvik edilmesi ve UNICEF’in “Bebek Dostu” hastane kampanyaları gibi daha geniş bağlamdaki halk sağlığı yaklaşımları Türkiye’de görülen başarının temelinde yatmaktadır. Türkiye, ulaşım sistemleri ile yenidoğan sevkini sistematikleştirilmesi, hemşirelerin beceri ve özelliklerinin geliştirilmesi ve özellikle yenidoğan resüsitasyonunda standardizasyon sağlayarak yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin geliştirilmesi gibi sağlık sisteminde iyileştirmeler için yatırımlar yaptı.”



3. Başışıklama Programları: Aşılar

Başışıklama hizmetleri bebekleri, çocukları ya da erişkinleri enfeksiyona yakalanma riskinin en yüksek olduğu dönemden önce aşılayarak bu hastalıklara yakalanmalarını önlemek amacı ile yürütölen önemli bir temel sağlık hizmetidir.

Başışıklama hizmetlerinde temel amaç, başta bebek ve çocuklar olmak üzere toplumda aşı ile korunulabilir hastalıkların ortaya çıkışını engellemek, dolayısıyla bu hastalıklardan kaynaklanan ölümleri ve sakatlıkları önlemektir.



Grafik 32

Kaynak: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

Türkiye’de etkin ve sürekli aşı uygulamaları 1930 yılında çiçek aşısı uygulanmasını zorunlu kılan yasa ile başladı. Bulaşıcı hastalıklara karşı savaşta, önceleri araç-gereç ve personel yetersizliği nedeniyle il ya da ilçe merkezlerinde kurulan ekiplerle yürütölen aşılama çalışmaları, 1963 yılında sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ile yaygın sistematik aşı uygulamalarına dönüştü.

İlerleyen yıllarda, aşıyla korunulabilir hastalıkları ve bu hastalıklardan ölümleri azaltmak amacıyla Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından “1990 yılına kadar çocukların aşı ile korunulabilir altı hastalığa karşı bağışıklanması” hedefinin gerçekteştirilmesi için “Genişletilmiş Bağışıklama Programı” benimsendi.

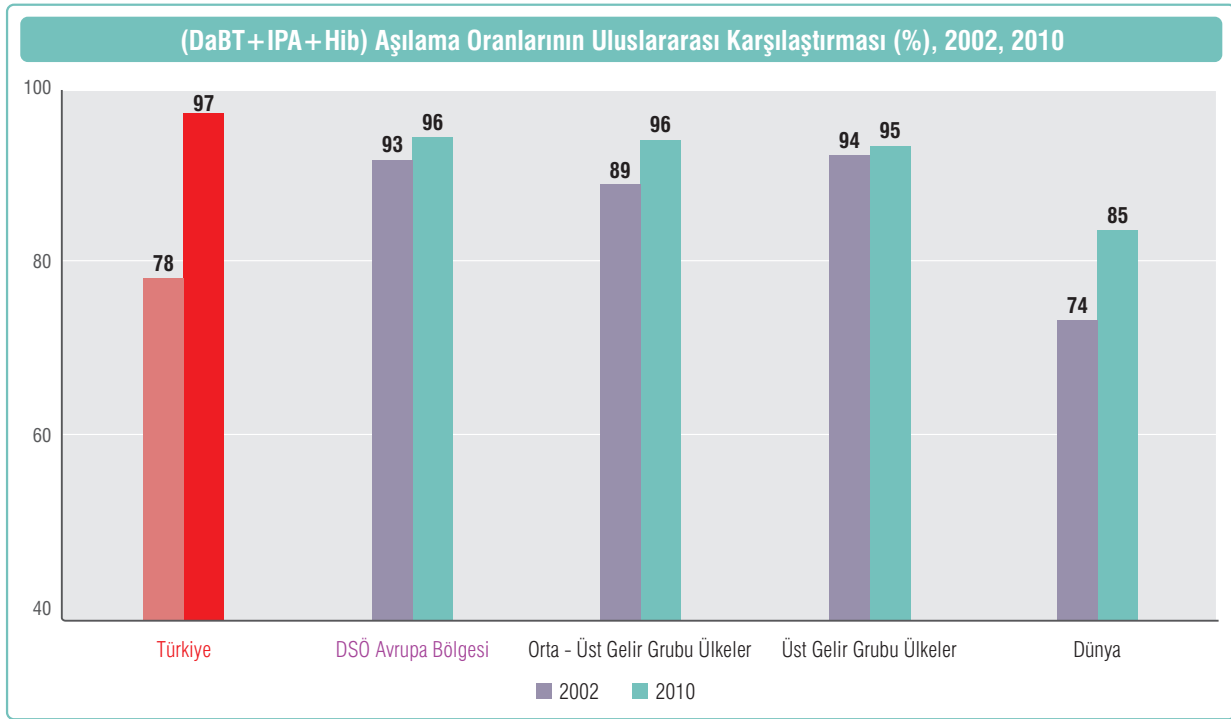
Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP):

GBP’nin temel amacı, doğan her bebeğin aşı takvimine uygun olarak boğmaca, difteri, tetanoz, kızamık, kızamıkçık, kabakulak, tüberküloz, poliomyelit, hepatit B, Hemofilus influenza tip b’ye bağlı hastalıklar ve streptococcus pneumoniae ile oluşan invaziv pnömokokal hastalıklara karşı bağışık hale getirilmesidir. “Genişletilmiş” deyimini ise aşısız veya eksik aşılı bebek ve çocukların tespit edildiği anda aşılanmasının sağlanması anlamındadır.



2002 yılında hedef çocuk nüfusunun aşılama oranı yurt genelinde %78 idi; Güneydoğu'da bazı illerimizde bu oran %50'nin bile altına inmişti. 2010'da yurt geneli aşılama yakaladığımız % 97 oranını 2011'de de sürdürdük. Geçmişte aşılama oranları en düşük olan illerimizde bile, bu dönemde % 85'in üstünde başarı elde ettik (Grafik 32, 33).

Son dokuz yılda katettiğimiz bu büyük mesafe ile aşılama dünya çapında örnek olduk.



Grafik 33

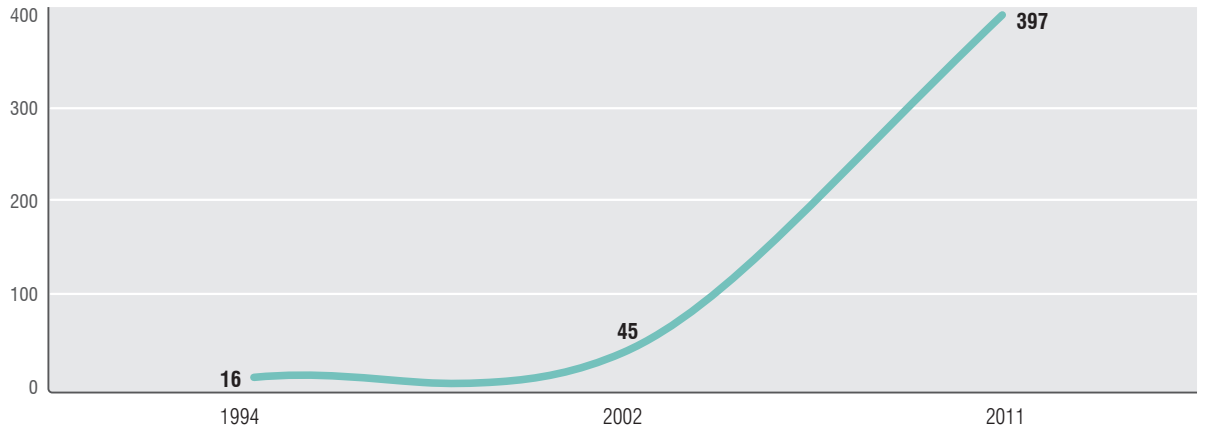
Kaynak: Global Health Observatory Data Repository, World Health Statistics 2011, 2012

Aşılama hizmetlerine ayrılan kaynak 1994-2002 döneminde reel olarak sadece 2,8 kat artarken 2002-2011 yılları arasında 8,9 kat arttı (Grafik 34).

GBP ihtiyaç duyulan aşılama programına eklenmesi ile genişleyen bir dinamizme sahiptir. Bakanlığımız bünyesinde aşıyla ilgili alanlardaki akademisyenlerden oluşan Bağışıklama Danışma Kurulu'nun (BDK) bilimsel desteği ve önerileri doğrultusunda geliştirilmekte ve yürütülmektedir. BDK yılda en az iki kez toplanarak güncel gelişmeleri görüşmekte ve önerilerde bulunmaktadır.



Sağlık Bakanlığı Aşı Harcaması (2011 fiyatlarıyla, milyon ₺)

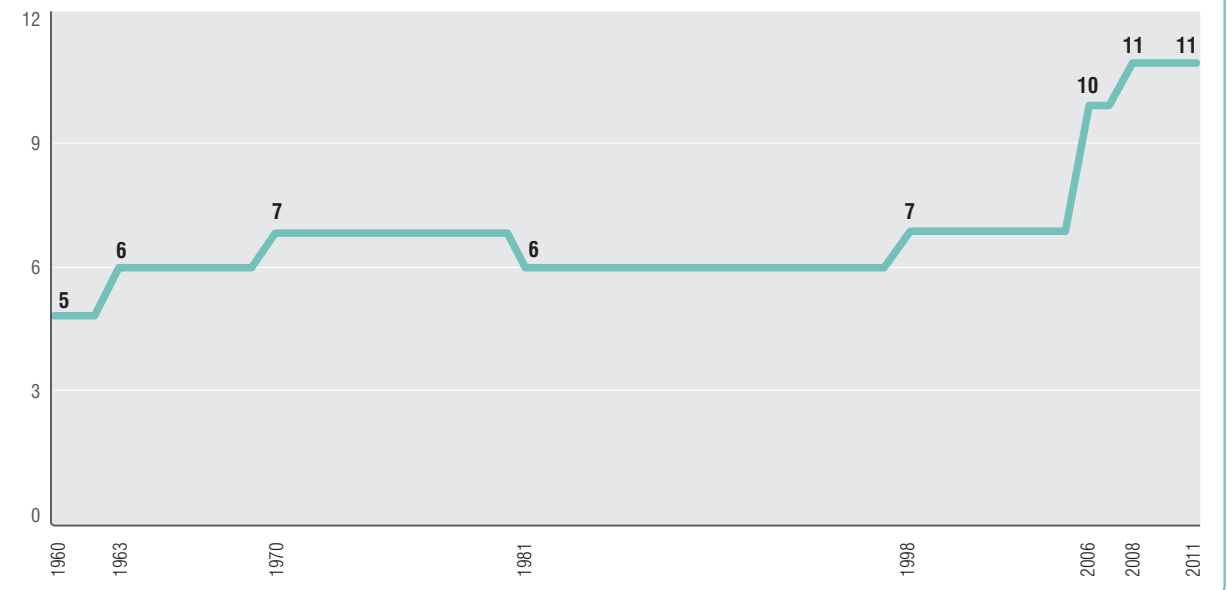


Grafik 34

Kaynak: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

Ülkemizde 1960 yılında rutin aşılamada 5 antijen kullanılırken bu rakam 2002 yılında sadece 7 olabilmisti. Yani, Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesi 7 hastalığa (difteri, boğmaca, tetanoz, çocuk felci, kızamık, hepatit-B, tüberküloz) karşı aşılama yapılmaktaydı (Grafik 35).

Türkiye'de Yıllara Göre Uygulanan Aşı Antijen Sayısı



Grafik 35

Kaynak: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu



2006 yılında bütün sağlık kuruluşlarında Hemofilus influenza tip b (Hib), kızamıkçık, kabakulak aşılarını yapmaya başladık.

2008 yılı başından itibaren DaBT-İPA-Hib aşılarını (difteri, asellüler boğmaca, tetanoz, inaktif polio ve Hib aşısı) tek enjektör içine doldurulmuş olarak kullanıma hazır bir şekilde temin ettik. Bu şekilde bir seferde 5 hastalığa karşı aşılama yapılmasını sağladık. Ayrıca Türkiye’de bu yüksek teknolojik üretimin dolum aşamasının yapılmasını sağladık.

Böylelikle daha az sayıda enjeksiyon ile daha çok aşının uygulanmasını gerçekleştirdik. Bir yaşına kadar 7 antijenle 15 enjeksiyon şeklinde aşılama yapılırken bu sayıyı 11 antijenle 12’ye düşürdük.

Ayrıca bu değişiklikle birlikte tam hücreli boğmaca aşısından asellüler boğmaca aşısına geçtik ve daha önce oral polio aşısı (OPV) uygulanırken buna ilaveten yan etki riski az olan ve modern teknoloji ile üretilen inaktif polio aşısını da (IPV) programa ekledik.

Yürüttüğümüz ek çalışmalar ile 21 yaş altı grubun hepatit B ve kızamıkçık aşulamalarını da tamamladık. 2005-2008 yıllarında ilköğretim kohortu, 2008-2009 yıllarında orta öğretim kohortu ve destek aşılama aktivitelerini gerçekleştirdik. Böylelikle 1990’dan sonra doğanların 3 doz aşı ile aşılanmalarına yönelik aşılama faaliyetimizi tamamladık. DSÖ Avrupa Bölgesi’nde 21 yaş ve altı grubun (yaklaşık 26 milyon kişi) hepatit B aşılmasını büyük oranda tamamlayan ilk ülke olduk.

1994 yılında başlatılan ve 2005 yılında tekrar gözden geçirilen Maternal Neonatal Tetanoz (MNT) Eliminasyonu Programı kapsamında, 2006-2007 yılları arasında “Tetanoz Aşı Günleri Programı”nı gerçekleştirdik. Son olarak Şubat 2009’da DSÖ danışmanlığında Şırnak ilinde gerçekleştirdiğimiz validasyon çalışması sonucunda, ülkemizin MNT’yi elimine ettiği onaylandı.

Aşılama takviminde 2010 yılında yaptığımız son yenilik ise ilköğretim çağıında yaygın olarak görülen boğmaca vakalarını engellemek üzere ilköğretim birinci sınıflara asellüler boğmaca aşısını da içeren dördü karma aşığı uygulamaya başlamamızdır.

Konjuge pnömokok aşısında önce 7 bileşenli aşı başlattık, peşine 13 bileşenli aşığı geçtik. Teknoloji transferi ile bu aşının da kademeli olarak etiketleme, paketleme, dolum ve formülasyon aşamalarını ülkemizde gerçekleştirme çalışmalarını başlattık.

Böylelikle dünyada aşılama takvimi ve oranları açısından değerlendirildiğinde en önde gelen ülkeler grubunda yer aldık (Tablo 2). Ayrıca birçok ülkeden farklı olarak aşılama hizmetlerini tamamen ücretsiz olarak sunmaktayız. Aşı takvimine yeni aşılardan eklenmesi ile ilgili değerlendirmelerimiz halen devam etmektedir. Dünyanın önde gelen aşı üreticileriyle ilave aşılardan takvime eklenmesi sürecinde bu aşılardan Türkiye’de üretimini temin edecek girişimleri yürütüyoruz.

Aşı ile önlenabilir hastalıkların sürveyansında gelişmeler sağladık. 2005 yılına kadar polio dışı diğer aşı ile önlenabilir hastalıkları klinik tanı olarak toplamaktayken bu tarihte bulaşıcı hastalıkların sürveyansının güçlendirilmesi çalışması kapsamında laboratuvar desteği ile kesin vaka olarak toplamaya başladık.



Tablo 2. Çocukluk Dönemi Aşı Takvimi (2011)

	Doğumda	1. Ayın Sonu	2. Ayın Sonu	4. Ayın Sonu	6. Ayın Sonu	12. Ay	18-24 Ay	İlköğretim 1. Sınıf	İlköğretim 8. Sınıf
Hep-B	I	II			III				
BCG			I						
DaBT-İPA-Hib			I	II	III		R		
KPA			I	II	III	R			
KKK						I		R	
DaBT-İPA								R	
OPA					I		II		
Td									II

R: Rapel (Pekiştirme)

Erişkin aşılamalarının yaygınlaştırılmasına yönelik çalışmalar yapmaktayız. Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği kapsamında belirlenmiş risk gruplarına erişkin pnömokok, grip ve hepatit A aşısı temin edilmektedir.

Türkiye Çocukluk Çağı Ulusal Bağışıklama Programındaki Son Gelişmeler

Recent Improvements in the Turkish Childhood National Immunization Program,
The Turkish Journal of Pediatrics, 2010

“Çocukluk Çağı Ulusal Bağışıklama Programı, temel sağlık hizmetlerinin ana unsurlarından bir tanesidir ve ulusal sağlık durumuna dair önemli bir rolü vardır.”

“Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen Türk Bağışıklama Programı 2005 yılına kadar BCG, DBT ve polio gibi temel aşıları içermekte idi. 2002 yılında yaşanan hükümet politikalarındaki değişim ve Bağışıklama Danışma Kurulu ile yakın iş birliği, bağışıklama programında sadece aşıların kalitesi ve aşılama oranları noktasında değil, kapsanan patojenlerin sayısı itibarıyla da iyileşme meydana getirdi (Tablo 3).”

“Hali hazırda Türkiye'nin bağışıklama programı diğer Avrupa ülkelerine eşit ya da daha iyi bir konumdadır. Bununla beraber, aşılamayı devletin sağlık politikalarının önceliği ve değişmez bir parçası haline getirmek sürdürülebilirlik için bir gerekliliktir. Politik kararlılık, çok sektörlü iş birliği ve farkındalık hayati konulardır.”



Sonuç olarak son yıllarda ülkemizde sadece aşılama yüzdeleri artmakla kalmadı, çeşitliliği de arttı. 2002 yılında 7 antijene (1980 yılında 6 antijen kullanılıyordu) karşı korunma sağlanırken bu sayıyı modern aşıları da takvime ekleyerek 11 antijene yükselttik (Tablo 3). Kaliteli ve güvenilir ürünlerin kullanımına özen göstermekteyiz. Ülkemizde yürürlükte bulunan aşı takvimini gelişmiş ülkeler düzeyine getirdik.

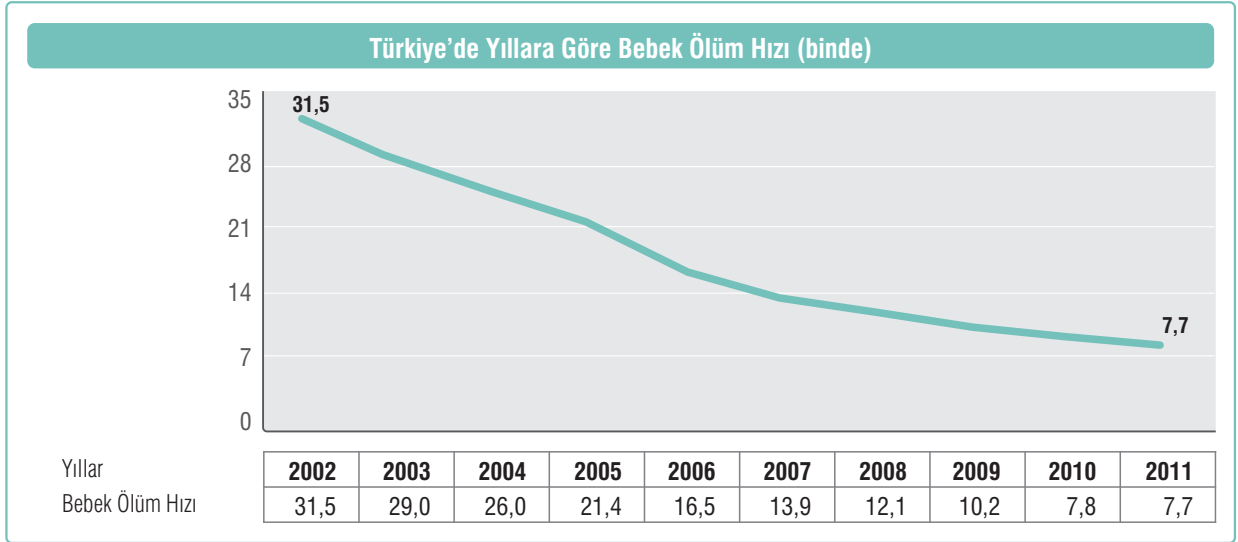
Tablo 3. Türkiye’de Yıllara Göre Aşı Antijenleri

	1994	2002	2011	
Çocukluk Döneminde Rutin Uyguladığımız Aşılar	BCG	BCG	BCG	} Beşli Kombine Aşı
	Difteri	Difteri	Difteri	
	Boğmaca	Boğmaca	Aselüler Boğmaca	
	Tetanoz	Tetanoz	Tetanoz	
	Oral Polio	Oral Polio	Polio	
	Kızamık	Kızamık	Hemofilus influenza tip B	} Üçlü Kombine Aşı
	(6 antijen)	Hepatit B	Kızamık	
		(7 antijen)	Kızamıkçık	
			Kabakulak	
			Hepatit B	
			Konjuge pnömokok	
		(11 antijen)		



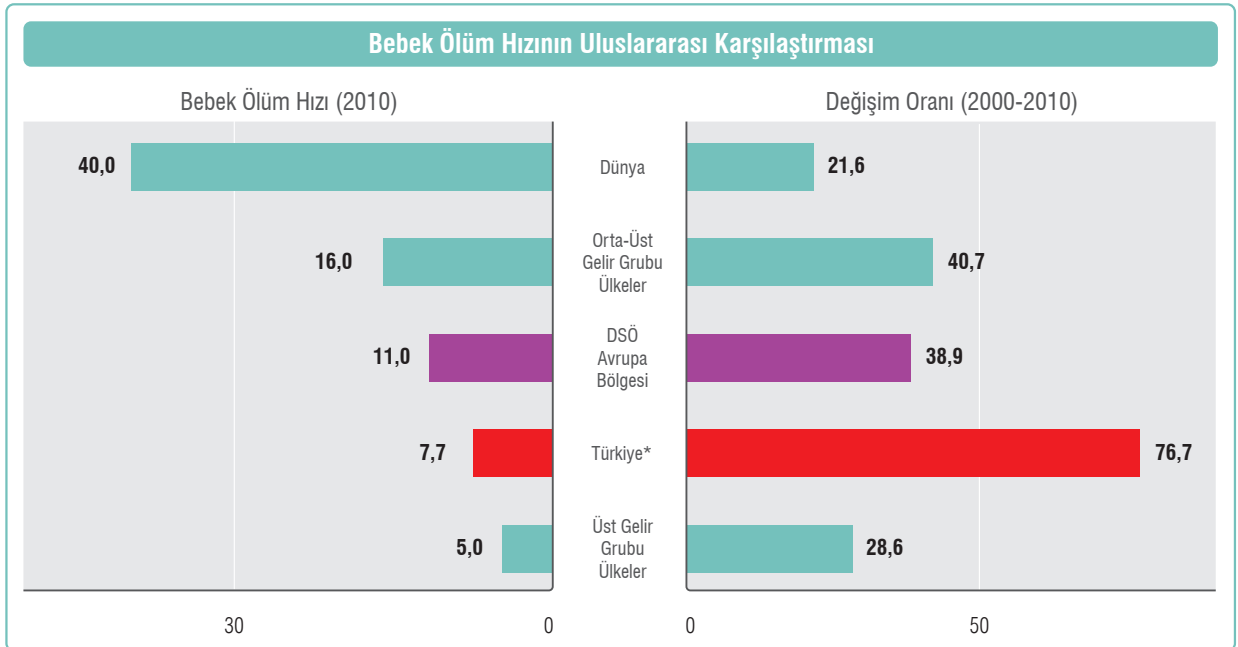
Sağlıklı Nesiller, Sağlıklı Yarınlar...

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması sonuçlarına göre 2003 yılında binde 28,5 olan bebek ölüm hızı, 2008 yılında binde 17, Bakanlık verilerine göre 2011 yılında binde 7,7 olarak gerçekleşti (Grafik 36, 37).



Grafik 36

Kaynak: 2011 İstanbul Üniversitesi, Marmara Üniversitesi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi “Bebek ve Beş Yaş Altı Ölüm Araştırması 2012”, Diğer Yıllar Türkiye Halk Sağlığı Kurumu



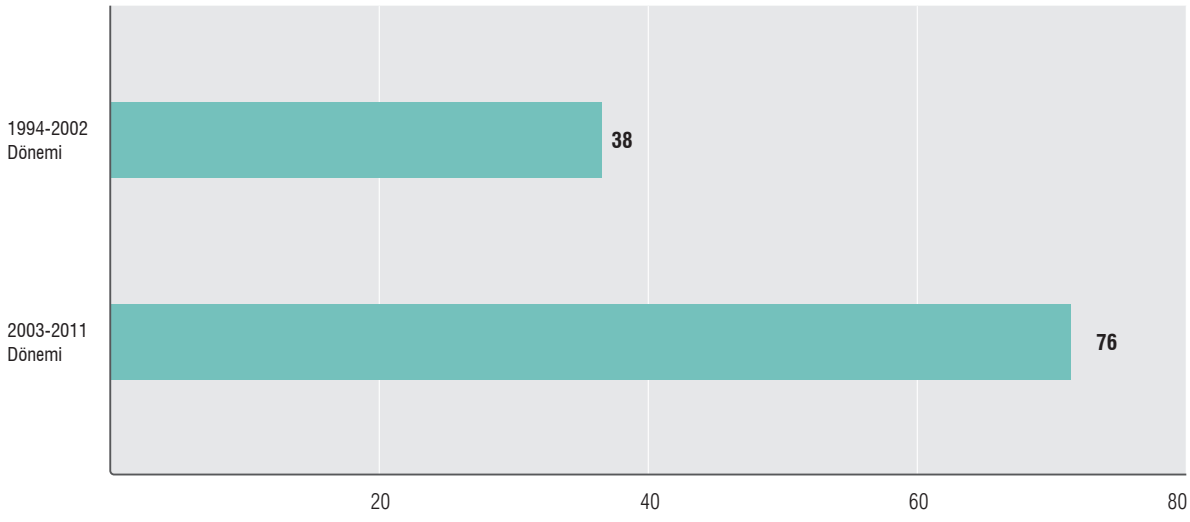
Grafik 37

Kaynak: İstanbul Üniversitesi, Marmara Üniversitesi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi “Bebek ve Beş Yaş Altı Ölüm Araştırması 2012”; World Health Statistics 2012

* Türkiye verisi 2011 yılına aittir.



Türkiye’de Dokuz Yıllık Periyotlarda Bebek Ölüm Hızı Değişim Oranı (binde)

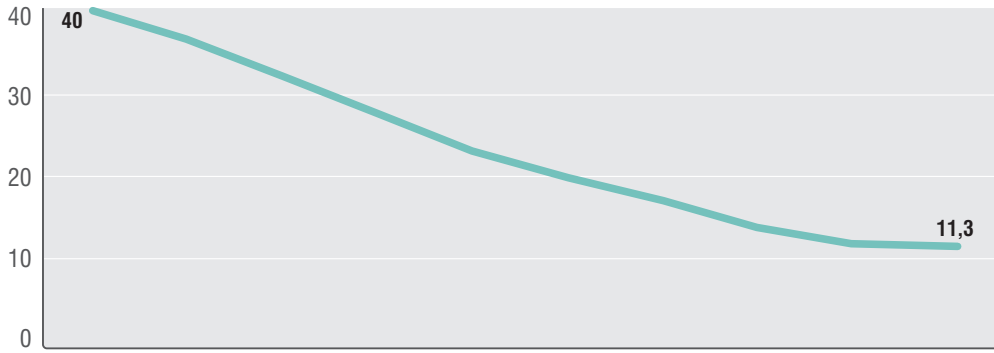


Grafik 38

Kaynak: 2011 İstanbul Üniversitesi, Marmara Üniversitesi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi “Bebek ve Beş Yaş Altı Ölüm Araştırması 2012”, Diğer Yıllar Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

Bebek ölüm hızı 1994-2002 döneminde Türkiye’de %38 oranında düştü. Görevde bulunduğumuz 2003-2011 döneminde bu oran %76’ya ulaştı (Grafik 38).

Türkiye’de Yıllara Göre Beş Yaş Altı Ölüm Hızı (binde)



Yıllar

5 Yaş Altı Ölüm Hızı

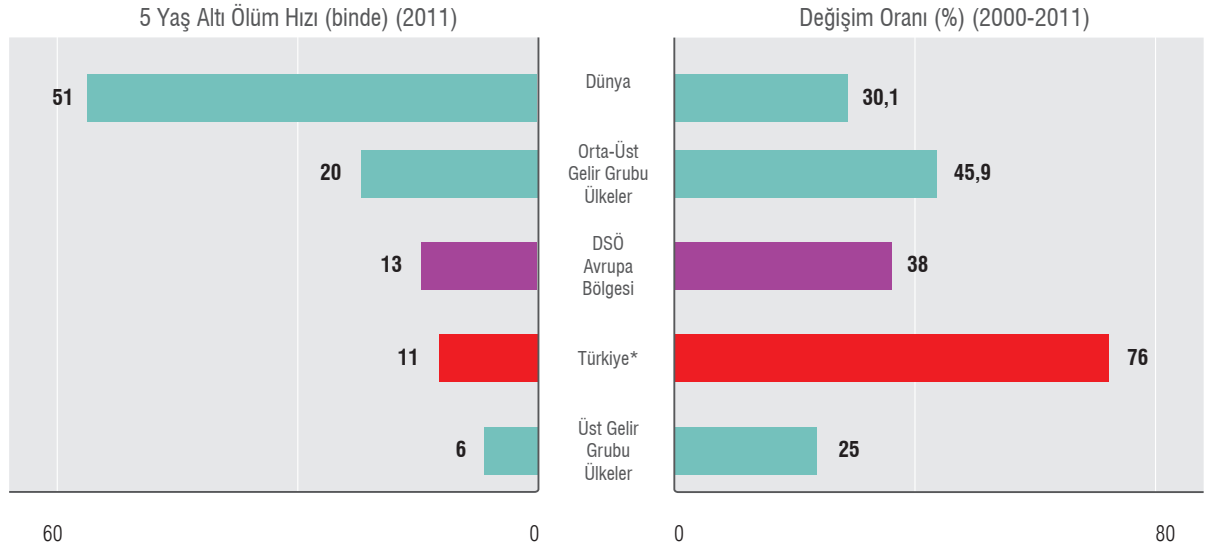
2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
40,0	37,0	33,4	28,6	23,5	20,0	16,8	14,1	11,7	11,3

Grafik 39

Kaynak: 2011 İstanbul Üniversitesi, Marmara Üniversitesi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi “Bebek ve Beş Yaş Altı Ölüm Araştırması 2012”, Diğer Yıllar Türkiye Halk Sağlığı Kurumu



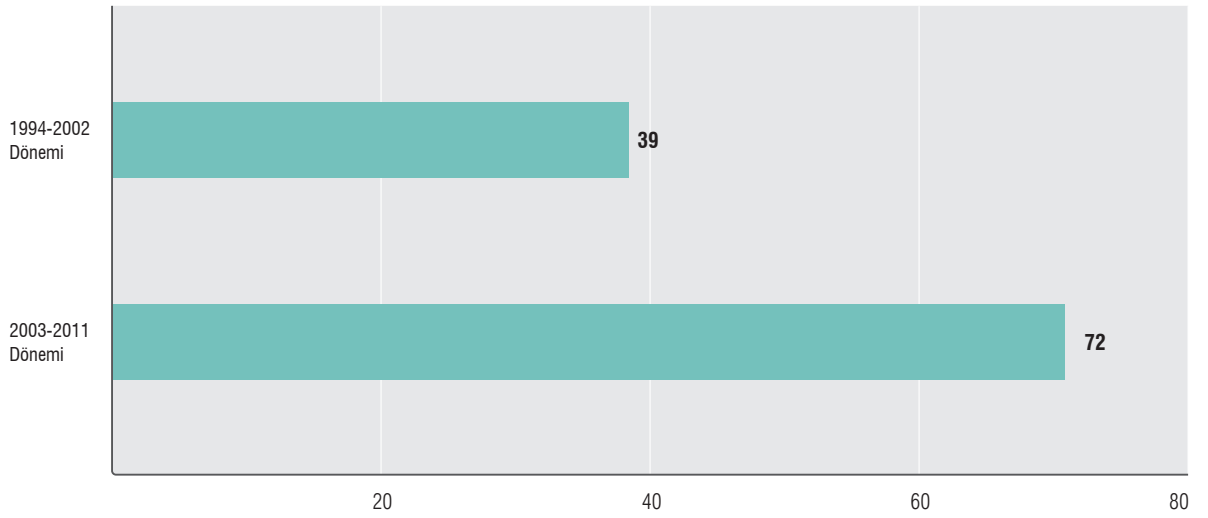
Beş Yaş Altı Ölüm Hızının Uluslararası Karşılaştırması (binde), 2010



Grafik 40

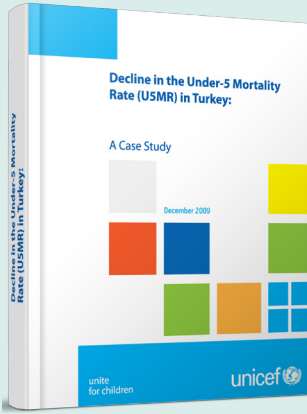
Kaynak: İstanbul Üniversitesi, Marmara Üniversitesi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi "Bebek ve Beş Yaş Altı Ölüm Araştırması 2012", Unicef, WHO, The World Bank, UN, Levels & Trends in Child Mortality 2012.

Türkiye'de Dokuz Yıllık Periyotlarda Beş Yaş Altı Ölüm Hızı Değişim Oranı (binde)



Grafik 41

Kaynak: 2011 İstanbul Üniversitesi, Marmara Üniversitesi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi "Bebek ve Beş Yaş Altı Ölüm Araştırması 2012", Diğer Yıllar Türkiye Halk Sağlığı Kurumu



Türkiye’de 5 Yaş Altı Ölüm Oranında Düşüş: Bir Vaka Çalışması (sayfa, 4)

Decline in the Under-5 Mortality Rate (u5mr) in Turkey: A Case Study

Yayın Yılı : 2009

Yayınlayan Kuruluş : UNICEF

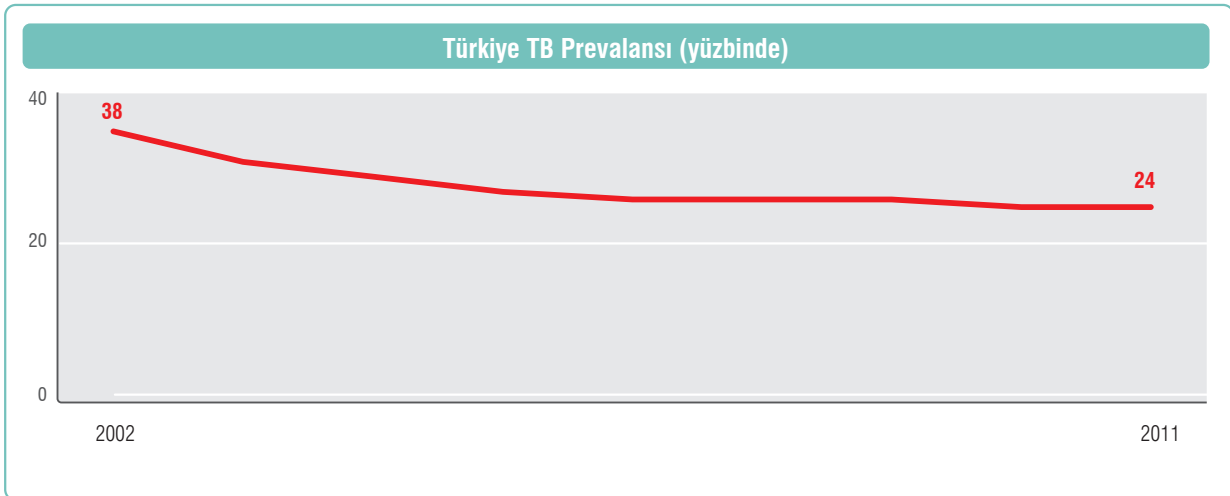
“Doğum öncesi bakımda artış, sağlık kuruluşlarında ve sağlık personeli nezaretinde doğum yapan kadın sayısında artış, yenidoğan yoğun bakım hizmetlerinin nicelik ve nitelik olarak gelişmesi yenidoğanların ve çocukların sağ kalımına doğrudan katkı sağlamıştır.”

“Sağlık stratejileri ve planlaması üzerine odaklanma, aile planlaması, aşılama, yenidoğan canlandırması ve çocuk sağ kalımı üzerine odaklanmış geniş kapsamlı ve etkili halk sağlığı kampanyaları bebek ölüm oranlarının, akabinde de beş yaş altı ölüm oranlarının düşmesine önemli katkı sağlamıştır.”

4. Bulaşıcı Hastalıklarla Etkili Mücadele

Tüberküloz

Tüberküloz kontrolü için Dünya Sağlık Örgütü tarafından küresel bir kontrol programı, ülkemizde ise aynı standartlarda ve paralelde bir “Ulusal Tüberküloz Kontrol Programı” uygulanmaktadır.



Grafik 42

Kaynak: DSÖ HFA Veri Tabanı Temmuz 2012



Bin Yıl Kalkınma Hedefleri, DSÖ 44.8 sayılı “Dünya Sağlık Asamblesi Kararı ve Tüberkülozu Durdurma Stratejisi” (Stop TB Strategy) çerçevesinde, tüberküloz kontrolü için tüm dünyada ulaşılmaması gereken hedefler olarak belirlenmiştir.

“Dünya Sağlık Örgütü Küresel Tüberküloz Kontrolü 2012 Raporu” verilerine göre ülkemizin de içinde yer aldığı DSÖ Avrupa Bölgesi’nde 2011 yılı tüberküloz insidansı yüz binde 56 iken Türkiye’nin tüberküloz insidansı yüz binde 24’tür.

DSÖ’nün tüberküloz insidansı ile ilgili hedefi, 2015 yılına kadar insidans hızı artışının durdurularak geriye çevrilmesidir. Türkiye’nin tüberküloz insidans hızı, yıllara göre azalmakta olup 2002 yılında yüz binde 33 iken 2011 yılında yüz binde 24’tür. Diğer taraftan 2002 yılında yüz binde 38 olan prevalans hızını 2011 yılında yüz binde 24’e düşürdük (Grafik 42).

Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde verem savaşı mücadelesinde yaptığımız başarılı çalışmalar ile 2015 yılı gelmeden “Bin Yıl Kalkınma Hedefleri” ve “Tüberkülozu Durdurma Stratejisi Hedefleri”ni yakaladık. Ayrıca, Türkiye 2005 yılından itibaren “çok ilaca dirençli vakalarını iki yıl boyunca takip edip tedavi sonuçlarını raporlayabilen” bir ülke haline geldi.

Sonuç olarak Türkiye, DSÖ tarafından 2015 için ortaya konulan hedeflere 2005 yılından itibaren ulaştı ve üzerine çıktı.

Kızamık

Türkiye, Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi’nin ‘Kızamık Eliminasyon Hedefi’ne paralel olarak 2010 yılı sonuna kadar kızamık ve kızamıkçığı elimine etmeyi ve konjenital kızamıkçık sendromunu kontrol altına almayı hedef olarak benimsedik ve çalışma programımıza aldık. Ancak Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi diğer ülkelerin durumlarını göz önünde tutarak bu hedefini 2015 yılı olarak revize etmiştir.

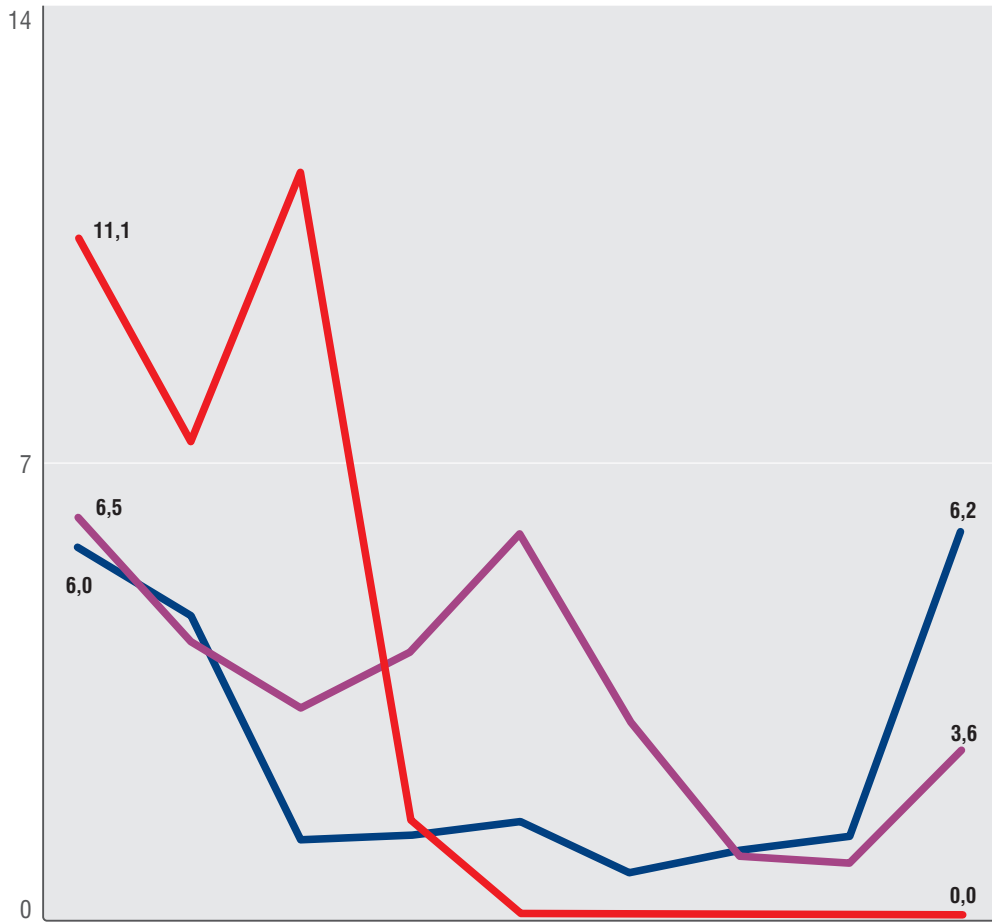
Türkiye’de kızamığa bağlı morbidite ve mortalitenin yüksekliğini, dünyada ve Avrupa Bölgesi’nde son yıllarda kaydedilen gelişmeleri ve tecrübeleri de dikkate alarak 2002-2010 yıllarını kapsayan “Kızamık ve Kızamıkçığın Eliminasyonu ve Konjenital Kızamıkçık Sendromunun (KKS) Önlenmesi Programı”nı hazırladık. Programın amacı Türkiye’de kızamık ve kızamıkçık hastalıklarını elimine etmek, KKS’yi önlemek ve bu düzeyleri sürdürmektir. Hedefimiz, 2010 yılı sonuna kadar Türkiye’de yerli virüs geçişini durdurmak, 2010 yılından sonra Türkiye dışından gelecek yeni kızamık virüslerinin Türkiye’de yerleşmesini önlemek ve kızamığa bağlı ölümleri engellemektir.

Eliminasyon açısından en önemli stratejilerden olan rutin aşılamada önemli gelişmeler sağladık ve yıllardır %80’lerde seyreden aşılama oranlarını %90’ların üzerine çıkardık. 2006, 2007, 2008, 2009, 2010 ve 2011 yıllarında kızamık aşılama oranlarını sırasıyla %98, %96, %97, %97, %98 ve %98 olarak gerçekleştirdik.



Bu oranı %97'nin üzerinde sürdürmeyi hedeflemekteyiz. Türkiye'deki kızamık epidemiyolojisini göz önüne alarak 2003-2005 yıllarında 9 ay-14 yaş arası tüm çocukları ek doz kızamık aşısı ile aşıladık ve %96'lık bir aşılama kapsayıcılığına ulaştık. Bu kapsamda yaklaşık 18,5 milyon çocuğumuzu aşıladık. Bu kampanya, Cumhuriyet tarihinin ve Avrupa'nın en büyük hedef nüfusa sahip aşılama çalışmasıdır.

Yıllara Göre Kızamık İnsidansının Uluslararası Karşılaştırması (yüzbinde)



- Avrupa Birliği
- DSÖ Avrupa Bölgesi
- Türkiye

Grafik 43
Kaynak: DSÖ HFA Veri Tabanı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu



Destek aşılama çalışması sonrasında vaka temelli ve laboratuvar destekli kızamık sürveyansına geçtik. Kızamık vaka sayısı 2001 yılında 30.509 iken uyguladığımız aşılama çalışmaları ile azaldı. 2006 ve 2007 yıllarında sırasıyla 34 ve 3 kızamık vakası görüldü. 2008, 2009, 2010, 2011 yıllarında ve 2012 ilk altı ayında ise ülkemizde yerli vaka sayısı sıfırdır (Grafik 43). Son 4,5 yılda tespit edilen toplam 226 vakanın tamamı impoite (ülkemiz dışından gelmiş) ya da impoite vakayla ilişkili vakalardır. Böylece eliminasyon dönemine geçtik. Şu andaki hedefimiz Türkiye dışından gelecek yeni kızamık virüslerinin Türkiye’de yerleşmesini önlemektir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı’ndan önce ülkemizde kızamık aşılama düzeyleri yetersizdi. Aşılama düzeyinin %10-20 düzeyinde olduğu yerler mevcuttu. Bunun sonucunda her 3-4 yılda bir kızamık salgınları yaşanıyordu. Vaka sayıları 20-30 bini buluyordu. Bu piklerin en son uzantısı 2004 yılında (8.927 vaka sayısı) ortaya çıktı. Bu tarihten itibaren etkili aşılama kampanyalarımız sonuçlarını vermeye başladı. Geçmiş vaka seyri temel alındığında 2007-2008 yılında pik olması gerekirken biz 2008 yılında kızamıkta eliminasyon dönemine girdik. Bu yıldan itibaren yerli vaka görmüyoruz(Grafik 43). Şu anda kızamıkta eliminasyon safhasındayız. Eliminasyonu belgelendirmek için DSÖ Avrupa Bölgesi’ndeki diğer ülkeleri bekliyoruz.

Kızamıksız Türkiye Dönemi

Kızamıkla mücadele kapsamında Dünya Sağlık Örgütü’nün “Kızamığın Kökünün Kazınması” hedefini ülkemizde gerçekleştirdik. Bundan sonraki hedefimiz Türkiye’de yerli virüs görülmesini engellemek ve yurt dışından gelecek virüslerin ülkemizde yerleşmesini önlemektedir.

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 birinci sınıflar ve 6-14 yaş arası okula devam etmeyen çocuklar hedef alındı.

Kampanya çerçevesinde 18.217.000 çocuğumuzu aşıladık. Bu kampanyada aşılama oranı %96,2 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 kızamık vakası görülürken 2008 yılından itibaren yerli kızamık vaka sayısı sıfırdır (Grafik 43).

Son yıllarda Avrupa’da birçok ülkede görülen kızamık salgınlarını göz önünde bulunduran Dünya Sağlık Örgütü, Avrupa Bölgesi eliminasyon hedefini 2015 yılı sonuna erteledi. Bu nedenle eliminasyon hedefine ulaşan ülkemiz, belgelendirme için Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi’ndeki diğer ülkeleri beklemektedir.



Sıtma

Bulaşıcı hastalıklar alanında yürütmekte olduğumuz yoğun çalışmalar sonucu çarpıcı başarılar elde ettik. Sıtma ile savaşta büyük bir başarı sağladık. 2002 yılında 10 binin üzerinde olan yerli sıtma vaka sayısını, 2010 yılında sıfıra düşürdük. Sıtma hastalığını ülkemiz için sorun olmaktan çıkardık ve eliminasyon sürecine girdik. Türkiye DSÖ Avrupa Bölgesi'nde Tacikistan ile birlikte en başarılı ülke seçildi.



Türkiye'de Sıtma: Başarılı Kontrol ve Eliminasyonu Başarmak İçin Stratejiler

Malaria in Turkey: Successful control and strategies for achieving elimination,

Acta Tropica, 120 (2011) 15 - 23.

“SDP döneminde 2003 yılından itibaren sıtma vakası sayıları düzenli olarak azaldı. Türkiye’de sıtmanın elimine edilebilme şartlarının oluştuğu kararına varıldı ve “Türkiye Sıtma Eliminasyon Programı” adı altında program değişikliğine karar verildi.”

“2003 yılında SDP programının başlaması ile hastaya ulaşım kolaylaştı, yerel bulaşıcı olan illerde ‘Aktif ve Pasif Sürveyans’ çalışmalarına ilave olarak gerekli durumlarda mobil ekip kurularak köylere gidip kanlar alındı, aynı gün kanlara bakılarak hasta tespit edildiğinde tedavileri verildi ve çevresinde insektisit ile ilaçlama yapıldı.”

“2005 yılından itibaren hastaların ilaçları sıtma çalışanları tarafından bizzat verilerek tedavinin tamamlanması sağlandı.”

“Sıtma vakalarının sayısındaki bu düşüşte Sağlık Bakanlığının kararlı politikası ve başarılı çalışmaları etkili olup hizmete erişim ücretsiz ve yaygın olarak devam etmektedir.”

“Başarılı sonuçları itibarıyla 2010 yılında eliminasyon safhasına girilmesini sağlayan “Türkiye Sıtma Savaş Programı”, benzeri ülkeler için sıtma ile mücadele konusunda örnek teşkil edebilecek niteliktedir. Kapsamı bakımından bu çalışmanın, sıtma ile mücadele konusunda çalışanlara, araştırmacılara ve karar vericilere yol gösterici olacağı düşünülmektedir.”



Su ve Besinlerle Bulaşan Hastalıklar

Su ve besinlerle bulaşan hastalıkların kontrolü ve salgınların önlenmesi amacı ile;

- Bildirim sistemi içerisinde su ve besinlerle bulaşan hastalıkların etkenlerinin tespit edilerek bildirimini sağlanması amacı ile D grubu bildirim zorunlu etkenler arasında yer almasını sağladık.
- 2010 yılından itibaren yıl boyunca ishale seyreden hastalıkların günlük sürveyansına başladık. Bulaşan hastalıkların takip edilmesi amacı ile Erken Uyarı ve Yanıt Sistemi (EUYS) çalışmalarını başlattık.

Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar ve HIV/AIDS

Türkiye’de, HIV/AIDS düşük endemisitedir. Ülkemizde prevalansın düşük olmasına rağmen bilimsel ve güncel gelişmeler doğrultusunda HIV/AIDS’i önlemeye yönelik çalışmalar yürütüyoruz ve vakaları yakın takip ediyoruz.

Küresel Fon Merkezi ile Bakanlık olarak 2005 yılında Türkiye HIV/AIDS Önleme ve Destek Programı (HÖDP) adında 2,5 yıllık bir proje gerçekleştirdik. Proje kapsamında özellikle HIV/AIDS hastalarının ağırlıklı olarak bulunduğu illerde çeşitli çalışmalar yürüttük. Gönüllü danışmanlık ve test merkezleri kurduk. Rehberler hazırladık. Bu merkezlerde görev yapan sağlık personeline danışmanlık ve test eğitimleri verdik. Ayrıca HIV/AIDS’e ilişkin koruyucu ve önleyici hizmetlere erişimin artırılması, bilinçlendirme ve bilgilendirmeye yönelik eğitim projeleri yürüttük.

Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonların (CYBE) kontrolüne yönelik yürütülen faaliyetlere bilimsel destek sağlamak amacıyla ilk kez 2010 yılı içerisinde “Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar Bilim Kurulu”nu oluşturduk. Bilim Kurulu’nun amacı; CYBE ile mücadelede güncel gelişmelerin ulusal politikalarımıza yansıtılmasını sağlamak, tanı, tedavi ve izlem protokolleri konularında teknik ve bilimsel destek sağlamak, toplumsal farkındalığı artırıcı çalışmalar önermek ve ayrıca HIV/AIDS alanında Ulusal AIDS Komisyonuna tavsiyede bulunmaktır. Bilim Kurulu içerisinde “HIV/AIDS ve diğer CYBE Standart Tanı ve Tedavi”, “Sürveyans”, “Gönüllü Danışmanlık ve Test Merkezleri”, “Ulusal Eylem Planı, Ulusal Hedef ve Stratejilerin Güncellenmesi, Mevzuat Güncellemesi”, “İzleme Değerlendirme ve Toplumda Farkındalık Oluşturulması” konu başlıklarında çalışmak üzere alt çalışma grupları oluşturduk.

Pandemiye Hazırlık Amacıyla Yapılan Çalışmalar

a. Pandemik İnfluenza Ulusal Faaliyet Planı’nın Hazırlanması

Dünya Sağlık Örgütü’nün üye ülkelere tavsiyeleri ve rehberliği doğrultusunda ülkemizde muhtemel influenza pandemisine hazırlık çalışmalarını 2004 yılından bu yana yürütmekteyiz. Bu kapsamda akademisyenler ve birçok kurum ve kuruluşu temsil eden uzmanlardan oluşan 60 kişilik bir kurul mevcuttur. Ulusal Pandemi Planımız Avrupa Bölgesi’ndeki en kapsamlı ve iyi hazırlanmış örneklerden biridir.



b. İl Pandemi Planlarının Hazırlanması ve Pandemi Hazırlık Tatbikatı

Yerel planların hazırlanması için bir çerçeve işlevi de gören pandemi planında öngörüldüğü gibi, il sağlık müdürlüklerince il pandemi planlarının hazırlanması aynı yıl içerisinde tamamlandı.

Gerek interpandemik dönemde gerekse pandemi döneminde iletişimin güçlendirilmesi ve Bakanlığımız politika ve uygulamalarının etkin biçimde anlatılabilmesi için www.grip.gov.tr internet sitesini oluşturduk.

c. Kuş Gribiyle Mücadele Çalışmaları

2000'li yılların başlarından itibaren dünya gündemine giren kuş gribi, ülkemizde yapılan pandemi hazırlık çalışmalarının başlıca gerekçelerinden biri oldu. Ülkemizde ilk kanatlı hayvan mihrakı 2005 yılında Balıkesir/Kızıksa'da tespit edildi. Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı ile birlikte yaptığımız çalışmalarla hastalığın vatandaşlarımızı etkilemesinin önüne geçtik. 2006 yılının ilk günlerinde Ağrı'da tespit edilen ağır solunum yolu enfeksiyonu vakalarının kuş gribine bağlı olduğu belirlendi, bu süreçte tespit edilen 12 kuş gribi insan vakasından 4'ü maalesef hayatını kaybetti. Aldığımız etkin önlemleri geliştirdik. Böylece 2008 yılına kadar tespit edilen birçok başka hayvan mihrakı olmasına rağmen yeni insan vakalarının oluşmasının önüne geçtik. Bu süreçte Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı ile iş birliği içerisinde yaptığımız çalışmalar, uluslararası sağlık otoritelerince yakından takip edildi ve örnek çalışmalar olarak takdirle karşılandı.

d. H1N1 Pandemi Mücadelesi Çalışmaları

Mart 2009'da Meksika'da görülen şüpheli grip vakalarının bildirimine üzerine çalışmalara başladık. Pandemi İzleme Kurulunu toplayarak durum değerlendirmesi yaptık. Pandemi Bilim Kurulu içerisinde, hızlı karar verme süreçlerinde daha sık aralıklarla çalışma yürütmeleri amacıyla bir Pandemi Yürütme Kurulu oluşturduk.

Pandemik H1N1 vakalarının görülmeye başlanmasıyla birlikte, hastalığın ülkemize girişini geciktirici önlemleri uygulamaya koyduk. Yaz ayları boyunca da bu önlemleri sürdürerek ülkemizde görülen vaka sayısının en alt düzeyde olmasını sağladık. Bu kapsamda kara, hava ve deniz sınır kapılarında sağlık kontrolleri başlattık. Önemli bir zaman kazandıran söz konusu çalışmalarla birlikte, pandemik H1N1 aşısı teminine yönelik görüşmeler yaptık ve ilgili firmalarla 43 milyon dozluk aşı temini konusunda ön anlaşmalar yaptık. Fakat 3 milyon doz aşı kullandık. İlave 3 milyon doz aşığı da tedbir amaçlı olarak stokladık. Aldığımız bu 6 milyon doz aşı için toplam 32 milyon Euro ödeme yaptık. Bunun dışında herhangi bir ödemede bulunmadık. Sonbahar aylarıyla birlikte ülkemizde de tırmanışa geçen H1N1 vakaları ile mücadeleye devam ettik. Bu kapsamda vatandaşlarımızı bilgilendirici afiş, poster, broşür hazırlanmasını ve dağıtımını, bilgilendirici kliplerin hazırlanmasını ve ulusal kanallar yoluyla vatandaşımıza ulaştırılmasını sağladık. Vaka yönetimi algoritmasının hazırlanması, H1N1 polikliniklerinin oluşturulması, yoğun bakım kapasitelerinin artırılması, yeni laboratuvarlarla tanı kapasitesinin artırılması yoluyla hastalığın etkilerinin sınırlandırılması çalışmalarını yürüttük.



Yapılan tüm çalışmalara rağmen 656 vatandaşımız maalesef pandemik H1N1'e bağlı olarak hayatını kaybetti. Gerek pandemi döneminde gerekse pandemi sonrasında yaptığımız modelleme ve seroprevelans çalışmaları, toplumun %15-25'inin hastalıktan etkilendiğini göstermektedir.

Mevsimsel Grip Kontrol Çalışmaları

2006 yılından itibaren influenza yönünden yüksek riskli olan sağlık çalışanlarının aşılınması için her yıl aşı alımı yaptık, illere dağıtımını ve ücretsiz olarak uygulanmasını gerçekleştirdik. Ayrıca grip aşısının Sağlık Uygulama Tebliği kapsamına alınması sayesinde 65 yaş üstündekiler, yaşlı bakımevi ve huzurevinde kalan kişiler, kronik pulmoner ve kardiyovasküler sistem hastalığı olan erişkin ve çocuklar, diabetes mellitus dâhil herhangi bir kronik metabolik hastalığı, kronik renal disfonksiyonu, hemoglobinopatisi veya immün yetmezliği olan veya immünsupresif tedavi alan erişkin ve çocuklar ile 6 ay-18 yaş arasında olan ve uzun süreli asetilsalisilik asit tedavisi alan çocuk ve adölesanların bu kapsamda aşılabilmelerini sağladık.

Bulaşıcı Hastalıklar İhbarı ve Bildirim Sistemi

Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemini yeniden belirledik ve 2005 yılından itibaren uygulamaya başladık. Bildirim sistemi içerisinde yer alan hastalıklar ve bildirim şekillerini yeniden düzenledik.

Bu çalışma ile;

- Bildirime esas bulaşıcı hastalıklar listesini güncelledik, daha önce 36 olan bildirim zorunlu bulaşıcı hastalık sayısını 51 olarak yeniden belirledik.
- Standart vaka tanımları getirdik, enfeksiyon hastalığı bildiriminin klinik gözleme dayalı (opinion based) değil daha ziyade laboratuvaradan elde edilmiş somut bulgulara (evidence based) ve yayınlanmış olan rehberde yer alan vaka tanımları kriterlerine uygun olmasını sağladık.
- Hastalıkların bildiriminde bazı özelliklere göre gruplandırmalar yaptık.

Bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıkları A, B, C ve D olmak üzere dört grup olarak sınıflandırdık. Bu gruplar ve bildirim özellikleri aşağıda yer almaktadır.

A Grubu Hastalıklar: Birinci basamaktan itibaren sağlık sisteminde yer alan tüm kurumlar tarafından bildirilmesi gereken hastalıklardır. Hekimler tarafından standart vaka tanımına ve laboratuvar kriterlerine göre tanı konulan hastaların bildirim, bildirim sisteminde yer alan algoritmaya göre yapılacaktır.

B Grubu Hastalıklar: Başta DSÖ'nün 1969 tarihli Uluslararası Sağlık Tüzüğü (International Health Regulations) olmak üzere çeşitli kararlar uyarınca, kuşku duyulduğu anda ihbarı zorunlu olan hastalıklara yer verdik.



C Grubu Hastalıklar: İkinci basamak ve üzerinde yer alan sağlık kurumları tarafından bildirim yapılması gereken hastalıklara bu grupta yer verdik.

D Grubu Hastalıklar: Diğer gruplardan farklı olarak; “enfeksiyon etkenleri”nin bildirimini tarif etmektedir. Bu, laboratuvarların ilk kez, doğrudan bildirim sistemine dâhil olmalarını gerektiren önemli bir yeniliktir. Amaç, halen halk sağlığı sorunu olarak önemini koruyan bazı bulaşıcı hastalıkların etyolojik ajanları hakkında veri elde edilmesi ve gerektiğinde bunların ileri epidemiyolojik araştırmalarının yapılabilmesidir.

- Bazı enfeksiyon etkenlerini de bildirim listesine dâhil ettik. Belirlediğimiz enfeksiyon etkenlerinin ilgili laboratuvarlardan bildirimlerinin yapılmasını sağladık.
- Laboratuvarların doğrudan ve dolaylı olarak sistem içinde rol almasını sağladık.

Avrupa Birliği uyum sürecinde, bulaşıcı hastalık bildirimlerinin AB müktesebatına uyumlu hale getirilmesi amacıyla hazırladığımız “Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans ve Kontrol Esasları Yönetmeliği”ni 30 Mayıs 2007 tarihli Resmi Gazete’de yayımladık.

5. Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) Hastalığı

2003 yılında şüpheli klinik tablo ile seyreden vakaların Bakanlığımıza bildirilmesi üzerine olgulardan aldığımız kan ve serum örneklerinin analizlerini Pastör Enstitüsü’nde yaptırarak. Analizler sonucunda hastalığın KKKA olduğu kesinlik kazandı.

Daha önceki yıllarda teşhis konulamadığı için belirlenememiş hastalığın belirlenmesinden sonra Bakanlığımız bünyesinde Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi Bilim Kurulu oluşturarak hastalıkla ilgili almamız gereken önlemleri ve bundan sonra yapılacak çalışmaları belirledik. Yine aynı komisyon her yıl belirli dönemlerde toplanarak gerekli değerlendirme ve planlamalara ilişkin tavsiyelerde bulunmaktadır.

Kırım Kongo Kanamalı Ateşi Hastalığı, ilk tespit edildiği 2003 yılından bugüne kadar, havaların ısınmaya başlaması ile birlikte hastalığın taşıyıcısı ve bulaştırıcısı olan kenelerin aktif hale gelmesi sonucu, Nisan-Ekim ayları arasında ülkemizde önemli bir halk sağlığı sorunu oluşturmaya devam etmektedir.

Son yıllarda hastalığın görüldüğü alan genişlemiş olup hemen hemen ülkemizin her bölgesinden sporadik vaka bildirimleri yapılmaktadır.

Korunma konusunda kene-insan temasının önlenmesi önemlidir.

Hastalık riskinin bulunduğu yerlerde kene popülasyonunun kabul edilebilir bir seviyeye indirgenmesi çalışmaları çerçevesinde Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı tarafından sığırlar başta olmak üzere çiftlik hayvanlarında periyodik olarak ilaçlama çalışmaları sürdürülmektedir.



KKKA ile mücadele kapsamında:

- Kene tutunması durumunda kullanılmak üzere kene çıkarma kartı dağıttık. Halkın bu kartı kullanmasının keneyi vücudundan hemen çıkarma konusunda duyarlılığını artıracaklarını ön gördük.
- Hastaların daha yakından takip ve tedavi gerektiren durumlarda bir üst basamak sağlık kuruluşuna sevk edilmeleri gerekmektedir. Sevk edilecek hastalar için 16 ilde bölge merkezleri oluşturduk.
- Hastaların tedavisinde kullanılmak üzere immün serum elde ettik. Bu çalışma kapsamında bazı hastaların tedavisinde kullanılmaktayız. Bu çalışmanın sonuçlarına göre serumun kullanımının yaygınlaştırılmasını hedefliyoruz.
- Vaka görülen yerleri tespit ederek bu bölgelerdeki kene popülasyonunu araştırdık, hastalık etkenini taşıyan kenenin Hyalomma soyuna ait olduğunu tespit ettik.
- Ayrıca bu verilere dayanarak ülkemizin kene ve vaka haritasını çıkardık.
- KKKA hastalığının bildirim için internet tabanlı bildirim sistemi oluşturduk. Vaka bazlı sürveyans yürütmekteyiz.
- KKKA'da etkin korumayı sağlayacak aşı geliştirme çalışmalarına katkı sağladık.

6. Kronik Hastalıklarla Mücadele

Yirminci yüzyılda dünyada eğitim ve gelir düzeyindeki yükselme, beslenme alışkanlıklarının değişmesi, bulaşıcı hastalıkların kontrolü gibi etkenler doğuştan beklenen yaşam süresinin artmasına sebep oldu.

Yaşam süresinin uzaması, istenen bir şey olmakla birlikte, bu durum bulaşıcı olmayan hastalıklarda (kronik hastalıklar) artışa sebep oldu. Yaşlı nüfusun çocuk nüfusa oranında artış, toplumdaki sağlık sorunlarının çocukluk çağı hastalıklarından yaşlı nüfusta görülen bulaşıcı olmayan hastalıklara kaymasına yol açtı.

Kronik Hastalıklar Hemen Bütün Ülkelerde Ölümün En Temel Sebepleridir: 2005 yılında 35 milyon kişinin kronik hastalıklardan öldüğü tahmin edilmektedir. Tüm ölümlerin %60'ı kronik hastalıklar sebebiyle meydana gelmektedir. Herhangi bir önlem alınmaz ise 388 milyon kişinin gelecek 10 yıl içinde kronik hastalıklardan öleceği tahmin edilmektedir.

En Yoksul Ülkeler En Çok Etkilenenlerdir: Kronik hastalıklardan meydana gelen ölümlerin sadece %20'si yüksek gelirli ülkelerde ortaya çıkarken kronik hastalıklardan meydana gelen ölümlerin %80'i dünya nüfusunun çoğunluğunun yaşadığı düşük ve orta gelirli ülkelerde ortaya çıkmaktadır.

Risk Faktörleri Çok Yaygındır: Sık görülen ve önlenebilen risk faktörleri temel kronik hastalıkların altında yatan sebeplerdir. Dünyanın her yerindeki erkek ve kadınlarda tüm yaşlarda meydana gelen kronik hastalık ölümlerinin çoğu bu risk faktörleri ile açıklanabilmektedir. Bu risk faktörlerinin önde gelenleri şunlardır:



- Sağlıksız beslenme
- Yetersiz fiziksel aktivite
- Tütün kullanımı

Bu hastalık grubunda çok sayıda hastalık bulunmasına rağmen çoğunun risk faktörleri ve korunma stratejileri ortaktır. Tüm bu risk faktörleri ekonomik, sosyal ve politik çevreden, cinsiyet ile davranışlardan etkilenmektedir. Bu yüzden de önerilerde bulunmak kolay, fakat önlemlerin yaşama geçirilmesi zordur. Davranışlar doğruluğuna inanılsa da değiştirilmesi zor alışkanlıklar arasındadır. Bu sebeple sağlığın geliştirilmesi (health promotion) çalışmaları önemlidir.

Bulaşıcı olmayan hastalıklarla mücadelede koruyucu hekimlik yaklaşımı etkili bir yaklaşımdır. Mesela, sigaranın bırakılmasından iki yıl sonra kalp ve damar hastalığı riski %50 azalmaktadır. Ayrıca yine sağlıklı beslenmenin teşvik edilmesi, tuz tüketiminin azaltılması gibi önlemlerle kan basıncı ve kolesterol yüksekliği önlenmektedir.

Var olan bilginin uygulanması çeşitli ülkelerde orta ve yaşlı kişilerin yaşam beklentisi ve yaşam kalitesinde büyük ilerlemeler kaydedilmesini sağladı. Örneğin, Avustralya, Kanada, İngiltere ve ABD’de son otuz yıl içinde kalp hastalığı ölüm hızları %70’lere kadar düştü. Polonya gibi orta gelirli ülkeler de son yıllarda oldukça ilerleme kaydetti. Böylesi kazanımların sağlanması büyük oranda, hem tüm topluma hem de bireylere yönelik olan ve altta yatan sık görülen risk faktörleri ile özel bazı hastalıklara odaklanan kapsamlı ve entegre yaklaşımların uygulanması ile gerçekleştirildi. Bu kazanımlar sayesinde kurtarılan yaşamların toplam sayısı çok büyüktür. DSÖ’nün tahminlerine göre 1970’den 2000 yılına kadar sadece ABD’de 14 milyon kardiyovasküler hastalık ölümü önlendi.

Kronik hastalıklara sebep olan risk faktörleri ile mücadele, ancak ulusal politikalar ve uzun soluklu stratejiler yoluyla başarıya taşınabilir. Bulaşıcı olmayan hastalıklar toplumun tüm katmanlarının gündeminde yer almalıdır. Sağlıklı beslenme, fiziksel hareketliliğin yaygınlaştırılması, tütün kullanımının azaltılması gibi uygulamalar tüm sektörlerin katılımını gerektirmektedir. Sağlığın korunması ve geliştirilmesi çalışmalarında birçok sektörün rol ve sorumluluğu bulunmaktadır.

Kronik hastalıkların yaşam süresi ve kalitesine etkisi, maddi ve manevi maliyetlerin yüksekliği düşünüldüğünde yaşam tarzını değiştirmeye yönelik programların önemi daha iyi anlaşılacaktır. Risk faktörlerinin kontrol altına alınması ve diğer temel önlemlerle hastaneye yatış, pahalı tedavi edici ve cerrahi işlem gerektiren hastalıkların azalması, bu hastalıklara bağlı işgücü kayıpları ve ölümlerin de azalması ile sağlık durumunun ve ekonomik yükün iyiye gitmesine katkıda bulunulacaktır.



Dünya Sağlık Örgütü, 2008 yılında, bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolü için 2008-2013 yıllarını kapsayan bir plan tasarısı kabul etti ve aşağıdaki hedefleri belirledi:

Hedef 1. Küresel ve ulusal seviyelerde kalkınma işi içinde bulaşıcı olmayan hastalıklara tanınan öncelikleri artırmak ve tüm hükümet birimlerinin politikaları ile bu tür hastalıkların önlenmesi ve kontrolünü bütünleştirmek.

Hedef 2. Bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolü için ulusal politikalar ve planlar oluşturmak ve güçlendirmek.

Hedef 3. Bulaşıcı olmayan hastalıklar, tütün kullanımı, sağlıksız beslenme, fiziksel hareketsizlik ve zararlı alkol kullanımı için paylaşılan değiştirilebilir ana risk faktörlerini azaltmak için müdahalelerin artırılması.

Hedef 4. Bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolü için araştırma yapmaya teşvik etmek.

Hedef 5. Bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolü için ortaklıkların teşvik edilmesi.

Hedef 6. Bulaşıcı olmayan hastalıkların ve belirleyicilerinin izlenmesi ve ulusal, bölgesel ve küresel seviyelerde gelişimin değerlendirilmesi.

Kronik hastalıklar kontrol programı kapsamında sağlığın korunması ve erken ölümlerin önlenmesi amacı ile eylem planlarını ve mücadele yaklaşımlarını geliştirip kalp-damar hastalıkları, diyabet, kronik solunum yolları hastalıkları başta olmak üzere ulusal programları planlayarak uygulamaya koyduk.

Dünya Sağlık Örgütü, kronik hastalıkların hızla arttığını ve gelecekte sağlık sistemleri önünde en büyük iş yükünü oluşturacağını söylemektedir. Bu noktadan hareketle, kronik hastalıklara yönelik yapılanmamızı gözden geçirerek kronik hastalıklar ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi konularında çalışmak üzere iki yeni daire kurduk.

A. Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı

Kalp ve damar hastalıklarından ölümler gelişmiş Batılı ülkelerde azalma eğilimi gösterirken gelişmekte olan ülkelerde artmaktadır. Ancak toplumların yaşlanması ve beklenen yaşam süresinde görülen uzama ile gelişmiş ülkelerde de kalp ve damar hastalığı sayısı artmakta ve bunlara bağlı yük azalmamaktadır.

Bulaşıcı olmayan hastalıkların oluşturduğu hastalık yükünde önemli bir payı olan kalp ve damar hastalıkları açısından olumlu olan husus büyük ölçüde “önlenebilir” olmalarıdır. Dünya Sağlık Örgütü kan basıncı, obezite, kolesterol ve sigara içiminin kontrolü ile kalp ve damar hastalığı görülme sıklığının yarıya indirilebileceğini bildirmektedir.

Avrupa Birliği ve DSÖ, Avrupa Bölgesi’ndeki kalp damar hastalıkları yükünü önemli ölçüde azaltmak ve hastalık yüklerinde ülke içinde ve ülkeler arasında bulunan hakkaniyetsizlik ve eşitliksizlikleri azaltmak amacıyla “Avrupa Kalp Sağlığı Sözleşmesi”ni imzaya açtı.



Avrupa Kalp Sağlığı Sözleşmesi'nin ulusal imza töreni Aralık 2007'de Ankara'da yapıldı. Sözleşmeyi dokuz uzmanlık derneği başkanı ile birlikte Bakan düzeyinde imzaladık.

Bu çerçevede yapılması gereken; hasta olanlar için tedavi imkânları sağlamanın yanı sıra, "önlenebilir" nitelikteki kalp ve damar hastalıklarından korunma stratejilerini geliştirmek, birey ve toplum için planlar yapmaktır. Bu strateji ve eylemlerin kapsamlı bir kalp ve damar hastalıklarını önleme ve kontrol programının; ikincil ve üçüncül korumaya yönelik insan gücü planlaması, teknoloji, tıbbi cihaz yönetimi, ilaç yönetimi, rehabilitasyon, palyatif tedavi ve evde bakım hizmetleri, acil tedavi hizmetleri, cerrahi, sürveyans ve araştırmalar, finansman ve sektörler arası işbirliği ve geleceğe yönelik uygulamalar da dâhil, yüksek risk stratejisi yaklaşımları içermesi gerekmektedir.

Bu çerçevede, ilgili sivil toplum kuruluşları iş birliği ile öncelikle üç temel risk faktörüne (tütün, obezite ve fiziksel hareketsizlik) yönelik olarak tasarlanan ve entegre toplum tabanlı bir program olan "Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı, Risk Faktörlerine Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı"nı hazırladı ve bunu uygulamaya koydu.

Bu planın amacı kalp ve damar hastalıkları ile mücadelede başlıca risk faktörlerinin azaltılması ile kalp ve damar hastalıklarını önlemek ve bu alanda kontrolü sağlamaktır. Planın kapsamı Türkiye'de kalp ve damar hastalıkları için başlıca risk faktörlerini önlemeye yönelik olarak ;

- Sigara ve diğer tütün ürünlerinin kullanımının azaltılması,
- Sağlıksız beslenme alışkanlıklarının ve şişmanlığın önlenmesi ve fiziksel hareketsizliğin giderilmesi,
- Kalp ve damar hastalıkları konusunda toplumun bilgilendirilmesi,
- Toplumsal farkındalığı artırmak, başlıca risk faktörleri konusunda olumlu ve kalıcı davranış değişiklikleri oluşturmak suretiyle insanların sağlık açısından kalitesi yüksek bir hayat sürdürmelerini sağlamaktır.

Planı tamamladıktan sonra kalp ve damar hastalıklarına dair ikincil ve üçüncül korumaya yönelik diğer yaklaşımları da içeren ulusal bir programa ihtiyaç duyduk.

Hazırlanan ilk planın tamamlayıcısı olmak üzere ikincil ve üçüncül korumaya yönelik yüksek risk stratejilerini içeren "Kalp ve Damar Hastalıklarında İkincil ve Üçüncül Korumaya Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı"nı hazırladık.

"Risk Faktörlerine Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı"nı da bu çalışma kapsamında güncelleyerek "Kalp ve Damar Hastalıklarında İkincil ve Üçüncül Korumaya Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı" içinde yeniden düzenledik.



Bu plan şu başlıklardan oluşmaktadır:

1. Risk Faktörleri, Koruma ve Önleme
2. Örgütlenme, İnsan gücü ve Eğitim
3. Acil Tedavi Hizmetleri ve Kardiyopulmoner Resusitasyon (CPR)
4. İlaç Yönetimi
5. Cihaz Yönetimi
6. Pediatrik Kardiyoloji
7. Kardiyovasküler Cerrahi
8. Serebrovasküler Hastalıklar (İnme)
9. Rehabilitasyon, Palyatif Tedavi ve Evde Bakım Hizmetleri
10. Sürveyans, Araştırmalar ve Geleceğe Yönelik Uygulamalar
11. Sektörler Arası İş birliği
12. İzleme ve Değerlendirme

B. Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı

Dünya Sağlık Örgütü, dünya genelinde 180 milyondan fazla insanın diyabetli olduğunu ve 2008 yılında 1,3 milyon kişinin diyabet sebebiyle öldüğünü tahmin etmektedir. Diyabetten ölümlerin %80'i düşük veya orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir. DSÖ, acil olarak harekete geçilmezse diyabetten ölümlerin önümüzdeki 10 yıl içerisinde %50'den fazla artacağını belirtmektedir.

Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF), dünyada 285 milyon diyabet hastası olduğunu tahmin etmektedir. Her yıl ortalama 7 milyon kişinin diyabetli hasta nüfusuna eklendiği göz önüne alınırsa, bu rakamın önümüzdeki 10 yılda 350 milyonun üzerine çıkması beklenmektedir. 2010 yılı tahminlerine göre dünyada 20-79 yaş arası erişkin nüfusta diyabet prevalansı %6,6 dır. Bu değer 2030 yılında %7,8 olacağı hesaplanmaktadır.

Ülkemizde artan gelişmişlik düzeyi ile birlikte hastalık görünümü de değişime uğramaktadır. 20-30 yıl öncesinin sağlık gündeminde bulaşıcı hastalıklar daha öncelikli iken bugün bulaşıcı olmayan hastalık grupları önem kazandı. Beklenen yaşam sürelerinin uzaması, değişen yaşam şartları, stres faktörü, beslenme alışkanlıkları ve diğer çevresel faktörler bulaşıcı olmayan hastalıkların morbidite ve mortalitesini artırdı.

Diyabet, kronik bir hastalık olması yanında pek çok kronik hastalığın ana sebeplerindedir. Bu sebeple diyabeti hem bir kronik hastalık hem de bir risk faktörü olarak görmek doğru yaklaşımdır. "Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı Stratejik Plan ve Eylem Planı"nı, ilgili tüm sektörlerin aktif katılımları ile hazırladık.



Diyabetle Mücadele Alanında Yapılan Çalışmalar

“Ulusal Diyabet Programı” kapsamında 2003 yılında 16 ilde (Afyonkarahisar, Aksaray, Balıkesir, Bartın, Edirne, Erzincan, Kahramanmaraş, Kayseri, Kırıkkale, Malatya, Mersin, Muğla, Nevşehir, Niğde, Ordu ve Van) diyabet poliklinikleri/merkezleri kurduk. Aynı yıl “Ulusal Diyabet-Obezite-Hipertansiyon Kontrol Programı”nı da yayımladık. Bu program diyabete yönelik mücadele ve diyabet yönetimi politikalarının, DSÖ’nün ilgili strateji ve eylem planlarına paralel olarak günümüzün mücadele tekniklerine uygun olarak yeniden düzenlenmesi çalışmasının bir sonucudur. Diyabetin kontrolü hedefine yönelik strateji metni ile orta ve uzun vadeli eylem planlarına yönelik düzenlediğimiz çalışmaları tamamladık ve Şubat 2011’de “Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı” kapsamındaki eylem planını uygulamaya koyduk.

Sivil Toplum Kuruluşlarıyla İş birliği İçinde Gerçekleştirdiğimiz Çalışmalar

- Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması (TURDEP-II)
- İleriye Dönük Kentsel ve Kırsal Epidemiyolojik Çalışma Türkiye Ayağı-PURE Çalışması (Prospective Urban and Rural Epidemiological Study: PURE)
- Türkiye Diyabet Kontrol Projesi (Diyabete Siz Yön Verin Kampanyası)
- Diyabette Güncelleme ve Olgu Tartışması Eğitimleri
- Diyabet Sohbetleri Eğitimi Projesi
- Diyabet 2020: Vizyon ve Hedefler Projesi

C. Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıklarını (Astım-KOAH) Önleme ve Kontrol Programı (2009-2013) Eylem Planı-GARD

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 bütün kurum ve kuruluşlarla birlikte süratle katılım sağladık. 3. Dünya GARD Genel Kurulu 30-31 Mayıs 2008 tarihlerinde İstanbul’da yapıldı. Bu toplantıda taslağını sunduğumuz “GARD Türkiye Eylem Planı” bu konuda dünyada hazırlanan ilk eylem planı olup bu planı aktif olarak uygulamaya devam etmekteyiz. GARD Türkiye yapılanması, kamu ile sivil toplumu etkin bir mücadele platformu altında buluşturması sebebiyle de örnek bir uygulamadır. Program özellikle Ulusal Tütün Kontrol Programı ile koordinasyon içindedir. KOAH ve astım hastalıklarının kontrolünü hedeflemektedir.

Programı beş ana başlıkta yürütmekteyiz:

- **Oluşturulan programın kamuoyuna benimsetilip tanıtılması çalışmaları** kapsamında Bakanlığımız web sayfasından ulaşılabilecek şekilde www.saglik.gov.tr/GARD adresinde bir web sayfası hazırladık. Kronik solunum hastalıklarına yönelik farkındalığı artırmak amacı ile hazırladığımız kısa filmleri televizyonlarda yayınladık. GARD Türkiye yapılanmasını tamamlamak üzere GARD il kurullarını oluşturduk, çalışmalarına başladılar.



- **Hastalık gelişiminin önlenmesi** kapsamında “Türkiye’nin Hava Kirliliği ve İklim Değişikliği Sorunlarına Sağlık Açısından Yaklaşım” kitabını hazırlayarak basım ve dağıtımını yaptık, yayımladık.
- **Hastalıkların erken dönemde tespiti ve ilerlemesinin önlenmesi çalışmaları** içerisinde “Astım ve Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Tanı ve Tedavisinde 1. Basamak Hekimler İçin Hizmet İçi Eğitim Modülü - Eğitimci Rehberi” yayımladık. Bugün itibarıyla 133 göğüs hastalıkları uzmanına eğitici eğitimi verdik. Sonrasında bu eğiticilerle 4.380 aile hekimine hizmet içi eğitim verdik. Hedefimiz, 2013 yılı sonuna kadar aile hekimlerinin tamamına hizmet içi eğitim vermektir.
- **Hastalıkların etkin tedavisi, komplikasyonların gelişiminin önlenmesi, bu hastalıklara yönelik rehabilitasyon hizmetleri sunulması, evde bakım hizmetlerinin organizasyonu ve yaygınlaştırılması çalışmaları** kapsamında Kasım 2010’da Evde Bakım Çalıştay’ı yaparak çalışma raporu hazırladık.
- Bütün bu çalışmalar **izleme ve değerlendirme** başlığı altında aktif olarak izlenmekte olup gerek çalışma grubu faaliyetleri gerekse izleme değerlendirme çalışmaları, yıllık olarak genel kurulda ele alınmaktadır. İl temsilcileri ve tüm paydaşların katıldığı II. Olağan Genel Kurulu’nu Aralık 2010’da Ankara’da yaptık ve eylem planını güncelledik.

D. Kanser Savaşında Etkili Yaklaşım: Erken Teşhis Hayat Kurtarır

Kanser hem dünyada hem de ülkemizde kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci ölüm sebebi olması açısından önemli bir toplum sağlığı problemidir.

Birincil korunma ile önlenebilen en önemli kanser olan akciğer kanserleri ülkemizde ve dünyada en sık görülen kanserlerdir. Tütün ile mücadelenin başarıyla yürütülmesi ile akciğer kanseri başta olmak üzere larinks, farinks ve ağız boşluğu, mesane, pankreas, serviks kanserleri büyük ölçüde yok edilebilecektir.

2000’li yılların başında dünyada yılda 6 milyon insan kansere yakalanırken bugünkü artış hızıyla devam ederse 2030 yılında 24 milyon insan kansere yakalanacaktır. 17 milyon insan aynı yıl hayatını kanser sebebiyle yitirecektir. 2030 yılında 75 milyon insan kanserle yaşıyor olacaktır.

Türkiye için senaryo şöyle olacaktır: Bugünkü artış hızıyla devam ederse ülkemizde yıllık 2030 yılında yeni kanser tanısı alan 360 bin vatandaşımız olacak. En az 250 bin vatandaşımız aynı yıl hayatını kanser sebebiyle yitirecektir. 2030 yılında toplam 1,3 milyon vatandaşımız kanserle yaşıyor olacaktır. Kanser kontrol programları ile aldığımız tedbirlerle bu senaryonun şöyle olacağını hesaplıyoruz; ülkemizde 2030 yılında yeni kanser tanısı alan 120 bin vatandaşımız olacak, en az 90 bin vatandaşımız aynı yıl hayatını kanser sebebiyle yitirecek, toplam 300 bin vatandaşımız kanserle yaşıyor olacaktır.

Kanserle mücadele konusunda 2009-2015 yılları arasını kapsayan bir ulusal kanser kontrol programı yaptık. Dünya Sağlık Örgütü yetkilileri ile iş birliği içerisinde yürütülen bu programın 5 ana başlığı var ve bu başlıklarda gerçekleştirilen ilerlemeler aşağıda özetlendi.



Kanser kontrol politikalarımız ve KETEM'ler, Dünya Sağlık Örgütü Kanser Raporu 2008 kitabında model olarak sunuldu.

D.1. Kanser Kayıtlılığı

Kanser kayıtlılığında, ülkeyi temsil edecek belirli bir nüfusun takip edildiği aktif kanser kayıtlılığı yöntemi kurduk. Yeni bölgesel temsil özelliklerine göre kayıt merkezleri oluşturduk ve kanser insidansı tesbitinde son birkaç yılda ciddi düzelme sağladık.



Kanser Kayıtlılığı Gelişmesinde Türkiye Modeli

N. Kibria, M. Spires, M. Kaufman, F. Stillman*

*Johns Hopkins Bloomberg Halk Sağlığı Okulu, Halk Sağlığı Uzmanları

“Bugün tüm dünya nüfusunun sadece %8-10'u aktif kanser kayıtlılığı açısından takip edilmekte iken Türkiye'de bu oran %27'nin üzerine çıkarıldı. Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesi sadece 2 kanser kayıt merkezi varken dönüşümden sonra Sağlık Bakanlığı'nın yoğun çalışması ile merkez sayısı 12'ye çıkarıldı. Türkiye'nin kanser kayıtlılığındaki bu başarısı, merkezlerin IARC (Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı) tarafınca da veri güvenilirliği ve tamlık açısından akredite edilmesi ile perçinleşti.”

“Sağlık Bakanlığının uzun süreli desteği, kanser kayıt verilerinin yerinde, doğru kullanılması ve sivil toplum örgütlerinin de yeterli desteği vermesi Türkiye'deki modelin başarılı olmasını sağladı.”

“Türkiye, aşamalı olarak nüfusa dayalı kanser kayıt merkezlerini kurup devlet otoritelerince farkındalık sağlamayı başararak, kapsayıcı bir ulusal kanserle savaş programına öncülük ederek, kanserin ülkeye getirdiği yükü azaltmaya katkıda bulundu.”

“Türkiye'de kanser kayıt merkezlerince toplanan kaliteli veriler, politikaları şekillendirmede, ödeneklerin ve diğer koruyucu tedbir kaynaklarının paylaşımında kullanıldı. Türkiye'de akciğer kanseri erkeklerde en çok rastlanan kanserdir. Buna yönelik olarak 2009 yılında Sağlık Bakanlığı bir adım atarak kapalı alanlarda tütün ve tütün ürünlerinin tüketilmesini yasakladı.”

“Türkiye örneğinde görüldüğü gibi verimli bir kanser kayıt sistemi için ülkelerin; yeterli kaynak desteğine, politik desteğe, bağlı paydaşlar ve yerel iş birliğine, ulusal ve uluslararası kurumlara ihtiyacı vardır.”

“Türkiye'deki kanser kayıt merkezlerinin kurulması ve iyileştirilmesi, kısıtlı kaynağı olan ve kanserin diğer sağlık sorunlarıyla ve finansal sorunlarıyla mücadele eden ülkelere model teşkil edebilir.”



2008 yılında 8 ilde kurduğumuz aktif kanser kayıt merkezini 2011 itibari ile 12'ye çıkardık. Kanser kayıtçılığı konusunda dünya nüfusunun %8'i takip edilirken ülkemizde tüm nüfusun yaklaşık %27'sini kanser gelişimi açısından aktif takibe aldık. Buna ilaveten 2012 yılında İstanbul ve Mersin illerinde aktif kanser kayıt merkezi çalışmalarına başladık. Bu kapsam alanı ile Türkiye, aktif kanser kayıtçılığında, bölgesinde ve dünyada önemli bir ülke haline geldi. İki merkezimiz Dünya Sağlık Örgütü'nün Uluslararası Kanser Araştırma Kurumu (IARC) tarafınca da akredite oldu, veriler 5 Kıtada Kanser İnsidansı kitabında yayımlandı. Kanser verilerimizin kalitesi her yıl rutin değerlendirmeye alındı ve uluslararası standartlara yükseltildi. Öte yandan bazı gelişmekte olan ülkeler kanser kayıt sisteminde geldiğimiz nokta itibari ile Türkiye'yi kendilerine örnek almaktadır. Bu konuda John Hopkins Kanser Enstitüsü halk sağlığı uzmanları merkezlerimiz bir ziyarette bulundular. Kanser kayıtları konusunda gelinen noktayı takdirle karşıladılar ve Türkiye'yi diğer pek çok ülkeye örnek bir model olarak gösteren bilimsel bir çalışmayı yayınladılar.

D.2. Kanserden Korunma

Kanser konusunda en etkin kontrol politikası birincil korunmadır, yani kanser yapıcı etkenlerin ortadan kaldırılmasıdır. Bu kapsamda Bakanlığımızın ülke çapında ve bölgesel bazda yürüttüğü önemli çalışmalar vardır:

- **Ülke Çapında Kanserden Korunma Aktiviteleri**

Kapalı alanlarda sigara kullanımının engellenmesi ve tütün kontrolüne yönelik çalışmalar neticesinde Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği MPOWER stratejisini en iyi ve en önde uygulayan ülkelerden biri olduk.

2010 yılında tütünle mücadele konusunda önemli bir aktivite de sigara bırakma ünitelerinde sigara bırakma tedavilerinin Bakanlığımızca karşılanmaya başlanmasıdır. 2011 Aralık itibariyle 79'ü KETEM'lerde olmak üzere toplam 309 sağlık kuruluşunda 434 sigara bırakma polikliniği kurduk. 44 hekim ve 165 sağlık personeli KETEM'lerde olmak üzere toplam 601 hekim ve 457 sağlık personeli sigara bırakma polikliniğinde vatandaşlarımıza hizmet veriyor.

"Sigara Bırakma Destek Programı" kapsamında 2011'de bakanlar kurulu kararı ile 250.000 adet vareniklin, 110.000 adet Bupropion etken maddeli sigara bırakma ilacı Bakanlığımızca satın alınarak uygun hastalara ücretsiz olarak dağıttık. 114 bin vatandaşımız bu uygulama sonucunda sigarayı bıraktı.

Önemli bir diğer sorun da obezitedir. Ne yazık ki Türkiye, bu konuda Avrupa ülkeleri arasında ön sıralarda yer almaktadır. Bu kapsamda tüm KETEM'lerde obezite taramaları başlattık.

Son yıllarda önemli oranda tartışılan bir diğer konu elektromanyetik dalgalar, cep telefonları ve baz istasyonlarıdır. Vatandaşlarımızın bu konudaki tereddütlerine son vermek üzere 5 bakanlığın iş birliği içerisinde bir yönetmelik yayımladık. Ayrıca halkımıza en doğru bilgileri kısa sürede ulaştırabilmek için Bakanlığımız bünyesinde bir Elektromanyetik Dalgalar Danışma kurulu oluşturduk.



• Bölgesel ve Bilimsel Faaliyetler

Ülke çapında kanser kontrol aktiviteleri ile beraber, bölgesel düzeyde de kanser kontrol aktivitelerimiz hem bilimsel hem de kurumsal olarak devam etmektedir. Bunlar arasında Kocaeli Dilovası Kanser Takip Çalışmaları, Doğu Karadeniz Çernobil Sonrası Kanser Araştırmaları, Nevşehir Mezotelyoma Erken Tanı Çalışmaları, Türkiye Sularında Ağır Metal Birikimi Araştırmaları, Biberonlarda Bifosfenol Araştırılması ve Mide Kanserlerinin Erken Teşhisine Yönelik Araştırmalar gibi çalışmaları sayabiliriz.

D.3. Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM)

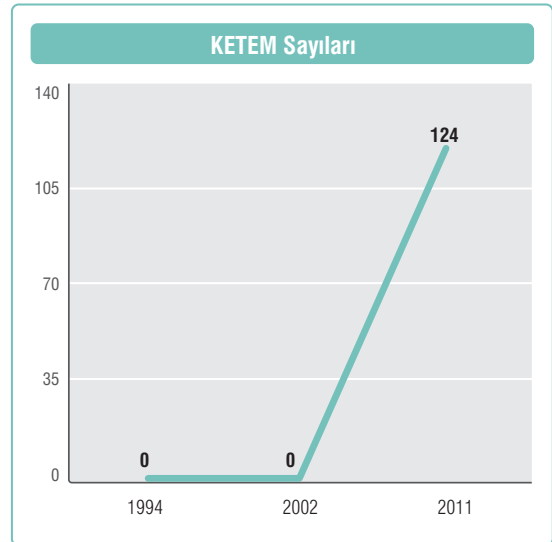
“Erken teşhis hayat kurtarır!” prensibiyle yola çıkarak 2004 yılında ilk örneklerini kurduğumuz ve yurt çapına yaygınlaştırdığımız 124 KETEM’de meme, rahim ağzı ve kolorektal kanserler ile ilgili tarama ve halk eğitimi programları yürütmekteyiz (Grafik 44).

Hedeflerimiz:

- Meme, serviks, kolorektal ve deri kanserlerine bağlı ölümleri azaltarak, toplumun sağlık düzeyini yükseltmek,
- Taramanın hedef grubu olan sağlam kadın ve erkeklere kanserle ilgili bilgiler ulaştırarak toplumun kanserle ilgili farkındalığını artırmak,
- Kanser taramalarında yıllık hedef nüfusun %30’una ulaştık. 2015 yılında %70’e ulaşmayı hedefliyoruz.
- İleri evrede teşhis alan kanser olgularını azaltmak,
- Yeni kanser vakalarını azaltmak.

Bu merkezlerde ödeme gücü olmayan vatandaşlarımıza hizmetleri ücretsiz vermekteyiz.

Kanser taramalarına aile hekimlerimizi de entegre ettik. Taramalarda vatandaşımızın periyodik olarak takip edilebildiği bir sistem kurduk.



Grafik 44

Kaynak: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu





Palya-Türk: Toplum Temelli Palyatif Bakım Hizmetlerinde Türkiye Modeli

Opioids for Cancer Pain: Availability, Accessibility, and Regulatory Barriers in Turkey and Pallia-Turk Project, Journal of Pediatr Hematol Oncol, 2011;33:S29-S32

Turkish community-based palliative care model: a unique design, Annals of Oncology, 2012;23,3:72-74

“Palyatif bakım hizmetleri, Türkiye genelinde uzun yıllar ihmal edilmişti. Hastalar, kanser ağrısına yönelik etkin ilaçlara son günlerinde dahi ulaşamıyordu. Hastalar, bu zor anlarında hastane kapılarından geri çevrilerek umutsuzca evlerine gönderiliyordu.”

“Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Sağlık Bakanlığı, palyatif bakımı insan hakkı olarak tüm vatandaşlarına sunmayı hedefledi. Dünyada ilk kez palyatif bakımı birinci basamak sağlık düzeyine indirerek her vatandaşın en kısa sürede en basit tedavilere ulaşmasını amaç edindi. Aile hekimliği ile palyatif bakım hizmetlerinin toplum temelli olarak ülkenin her köşesindeki vatandaşlara ulaştırılması amaçlandı.”

“Sağlık Bakanlığı, palyatif bakımı bir yaşam kalitesi belirtici olarak kabul etti. Pek çok basit ihtiyacın evde kolaylıkla karşılanabileceği düşüncesi ile evde sağlık hizmetleri kuruldu. Türkiye, geniş bir coğrafyada kalabalık bir nüfusa hizmet veren toplum temelli ve birinci basamak palyatif bakım hizmetlerini diğer ülkelere nazaran çok hızlı gerçekleştirdi.”

“Ülkenin ilk palyatif bakım merkezleri kuruldu. Palyatif Bakım Merkezleri'nin 2023'e kadar planlamaları yapıldı. Hastalara sadece fiziksel semptom kontrolü değil, maddi ve manevi destekler de sağlandı. Palyatif bakım merkezlerinde hasta ve yakınlarına yönelik özel odalar, hobi odaları, oyun odaları, özel fizyoterapi ve masaj odaları gibi rahatlatıcı bakım hizmetleri planlandı.”

“Palya-Türk Projesi, kalabalık nüfuslu ve geniş yüzölçümü olan ülkelerde birey bazlı palyatif bakım hizmetlerinin sunulması için bir model olabilir.”



D.4. Kanser Tedavisi ve Palyatif Bakım

Ülkemizde, kanser tedavisi konusunda gelişmiş ülkelerde bulunan her türlü modern ve üst düzey imkân mevcuttur ve dönüşüm öncesindeki gibi kanser tedavisi için yurt dışına gidilmesi gerekmemektedir. Sağlık Bakanlığı olarak her türlü yatırım için tüm birimlerin iş birliği ile yapılan detaylı planlamalara sahibiz. Bu kapsamda önümüzdeki 10 yıl için yapılacak yatırımları Onkoloji Vizyon Çalışması içerisinde belirttik. Ülkemizde kanserli hastaların tüm tedavilerini ücretsiz yapmaktayız.

Palya-Türk Projesi'ni 2011 yılında 3 hastanemizde pilot proje olarak başlattık. 2015 yılı sonuna kadar 57'si hastanede, 140'ı birinci basamakta olmak üzere toplam 197 palyatif bakım merkezi kurulmasını hedefledik.

Ülkemizde eczanelerimizde bulunmayan morfin tabletlerinin yurtdışından ithalatını tamamladık, 2013 yılında yerli üretime geçilmesini hedefliyoruz.

Başlattığımız bu proje bugün pek çok yabancı kurum tarafından ilgi ile takip edilmektedir. Proje kapsamında yaptıklarımız, bölgesel paydaşlarımız ile oluşturduğumuz ortak görüşlerimiz ve gelecek için planlarımız, prestijli dergilerde yer bulmuştur.

D.5. Hasta Savunuculuğu ve Farkındalık Programları

Hasta haklarına son yıllarda ciddi önem vermekteyiz. Bakanlığımız desteği ile 24 kanser hastası ve hasta yakınları derneği bir araya gelerek bir federasyon haline ulaştı. Kansere Karşı El Ele Platformu adında çalışan bu federasyon yetkililerini, Bakanlığımız Kanser Danışma Kurulu içerisine entegre ettik. Böylece federasyon yetkililerine her türlü sıkıntılarını doğrudan Bakanlık yetkililerine iletme imkânı sağladık. Bu şekilde sağlık politikalarının geliştirilmesinde hastalar aktif rol alır hale geldi. Bunun yanı sıra, yurdun dört bir köşesinde "Hasta Okulları" ile yüze yakın eğitim verdik. Bu eğitimlerde "Kanser Nedir? Kanserde Nasıl Beslenmelidir? Kemoterapi Nedir?" gibi birçok soru, işin uzmanları tarafından cevaplandı.

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında kanser farkındalık çalışmalarımıza hız verdik. "Farkındayız, Kanseri Yeneceğiz." sloganı ile bir yıldır yürütmekte olduğumuz ulusal farkındalık çalışması tüm yurttta geniş ses getirdi.

Farkındalık çalışmalarımızı uluslararası platformlarda devam ettiriyoruz. Türkiye 2010 yılında Asya Pasifik Kanser Önleme Derneği Başkanlığını yürüttü. Aynı yıl içerisinde Bakanlığımız Dünya Kanser Örgütü'nün (UICC) resmi üyesi oldu. Öte yandan Uluslararası Kanser Araştırmaları Derneği (IARC) üyeliğimiz gerçekleşti. Türkiye IARC'ın Doğu Avrupa Bölgesinde Araştırma Merkezi olacaktır. 2008 yılında Ortadoğu Kanser Konsorsiyumu (MECC) başkanlığı ve 2010 yılında Karadeniz Ülkeleri Meme ve Servikal Kanser Önleme Konsorsiyumu Eş Başkanlığı'nı yürüttük.

Asya pasifik ülkelerinde yürüyen, kanser problemleri ve kanser kontrol aktivitelerinin anlatıldığı "Uluslararası Kanser Önleme Kitabı 2010"u yayımladık.



E. Akıl ve Ruh Sağlığı

Ruh sağlığı hizmetlerinin iyileştirilmesi amacıyla 2006'da hazırladığımız "Türkiye Ruh Sağlığı Politikası" doğrultusunda Ruh Sağlığı Eylem Planı'nı geliştirdik.

E.1. Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetleri:

Toplum temelli ruh sağlığı hizmetinin amacı, ağır ruhsal bozukluğu olan hastalara, psiko-sosyal destek hizmetlerinin verilmesini, takip ve tedavilerinin gerektiğinde evde sağlık hizmetleri uygulamasına entegre bir şekilde yaşadıkları ortamda sunulmasını sağlamaktır.

Bu amaçla, Bakanlığımıza ait ruh sağlığı hastaneleri ve ruh sağlığı uzmanı bulunan genel hastanelere bağlı olarak ruh sağlığı uzmanı sorumluluğunda faaliyet göstermek üzere merkezler oluşturmaya karar verdik.

Merkezleri, hizmet vereceği nüfusun demografik yapısı ve epidemiyolojik özelliklerini dikkate alarak belirliyoruz. İhtiyaç duyulan illerde birden fazla merkez kurmayı planlamış durumdayız. Herhangi bir merkezin faaliyeti, merkezin hizmet vereceği bölge ile sınırlı olmaktadır.

Merkezler, hizmet verdikleri bölgelerde ikamet eden ağır ruhsal bozukluğu olan hastaları; aile hekimlikleri, psikiyatri klinikleri, kaymakamlıklar, aile ve sosyal politikalar il müdürlükleri ve diğer kurum ve kuruluşlar tarafından tutulmakta olan kayıtları da kullanarak tespit ediyor ve kendi veri tabanına ekliyor.

Merkezlere devamı sağlanan hastaların psikiyatrik ve sosyal profillerinin sosyo-demografik veri formu ve ölçeklerle belirlenmesi ve hizmetin sona ermesinden sonra hasta dosyalarının ilgili mevzuata uygun olarak arşivlenmesini sağlıyoruz.

Gerekli müdahale ve hizmet planlamalarını yapabilmek amacıyla hizmet verilen nüfusun demografik yapısını dikkate alarak gerekli verileri toplayıp değerlendiriyoruz.

Takip edilen hastanın başka bir toplum ruh sağlığı merkezinin sorumlu olduğu bölgeye taşınması durumunda gerekli bilgi ve belgeleri bu merkeze gönderiyoruz.

Merkez tarafından gezici hizmet vermek üzere, görevlendirilen ekibin ulaşımı ve gerektiğinde hastaların nakli için kullanılmak üzere hasta nakil aracı tahsisi yapıyoruz.

Merkezlerde ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı, sosyal çalışmacı, psikolog, hemşire, şoför, iş-uğraş terapisti veya usta öğretici, tıbbi sekreter, idari ve teknik personel, temizlik elemanı, güvenlik görevlisi çalışıyor.



Bu çerçevede Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde "Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmet Modeli"ne geçişte örnek teşkil etmek üzere Mayıs 2008'de bir toplum ruh sağlığı merkezi açarak sistem oluşturma çalışmalarına başladık. Pilot projenin olumlu sonuçlarına dayanarak "Toplum Temelli Ruh Sağlığı Modeli"nin ülke geneline yaygınlaştırılmasına karar verdik. Bu konuda açılacak merkezlerin işleyişine dair yönerge hazırladık. Hastalarımızın sosyal güvenlik kapsamında bu hizmetleri alabilmesi için SGK ile çalışmalar yürüttük. 44 ilde 50 merkez açtık. Söz konusu merkezlerin ülke geneline yaygınlaştırılma sürecini tamamlayarak toplam 236 toplum ruh sağlığı merkezi ile hizmet vermeyi planlıyoruz.

Başvuru ve Hastanın Merkeze Kabulü:

- Merkezler, kendilerine bağlı bölgelerdeki ağır ruhsal rahatsızlığı olan hastaları tespit ediyor ve bu hasta veya ailesi ile telefon yoluyla irtibat kuruyor.
- Uygulamalar konusunda bilgilendirme yapılarak hasta merkezlere davet ediliyor.
- Merkeze gelemeyecek durumda olan hastalar evde ziyaret ediliyor ve durumları belirlenerek merkeze davet ediliyor.
- Hizmet alacak kişinin durumu ve sunulacak hizmet belirleniyor. Takip ve tedavi planı oluşturularak hizmeti alacak hasta ve hasta yakınları bilgilendiriliyor.
- Evde ziyaret edilmesine rağmen merkezlere gelmesi sağlanamayan hasta, ilgili uzman tabip tarafından evde ziyaret edilerek değerlendiriliyor ve değerlendirme sonucuna göre ya merkeze davet ediliyor ya da evde sağlık hizmeti birimi ile gerekli koordinasyon sağlanarak evde takip programı belirleniyor.
- Merkez hizmetlerinden yararlanmak için, hastanın bizzat kendisi veya hasta yakınları tarafından talep yapılabilir. Bu durumda, merkezlerde verilen hizmetlere uygunluğu ve tedavi sorumluluğu açısından hastanın durumu, teşhisini koyup tedavisini planlayan ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı hekimler veya merkezlerde görevli uzman tabip tarafından değerlendiriliyor.
- Başvuru sahibi hastalara veya aile bireylerine başvuru sonucu menfi olduğunda gerekçeli açıklama yapılıyor.
- Merkezlere kabulü uygun görülen hastanın durumu sağlık kurulu raporuyla belgeleniyor. Kabulü yapılan hasta ile ilgili aile hekimine bilgi veriliyor.
- Verilecek hizmetlerin kapsamı, süresi ve hizmetlerin plan ve programı sorumlu hekimin başkanlığındaki tedavi ekibince karara bağlanıyor ve hizmeti alacak hasta veya hasta yakınları bilgilendiriliyor.



- Merkezlerce önerilen tedavi planının hastanın kendisi veya yakını tarafından kabul edilmemesi durumunda, tedavi planının uygulanmaması hâlinde oluşabilecek riskler hastanın kendisine veya hasta yakınlarına anlatılıyor. Buna rağmen hizmet kabul edilmiyor ise yazılı beyan isteniyor. Yazılı beyan verilmemesi hâlinde bu durum ilgili personel tarafından tutanak altına alınıyor.

Toplum ruh sağlığı merkezlerinin açılmasının yanında genel uygulama olarak izole ruh sağlığı hastaneleri oluşturmama, ruhsal sorunlar yaşayan hastalara genel hastaneler içinde hizmet verme stratejisini ülke stratejimiz olarak belirledik. Bu yönde yatak planlamasını yaptık ve ülke genelinde ruh sağlığı yataklarını genel hastaneler bünyesinde artırma çalışmalarına başladık. Bu kapsamda her ilde psikiyatri uzmanı atadık. Bu çalışmaların sonucunda daha önceki yıllarda 8 bölge hastanesi temelinde verilen ruh sağlığı hizmetlerine artık halkımız kendi yaşadığı ilde de rahatlıkla ulaşmaya başladı.

Ruh sağlığı hizmetlerinin önemli bir bölümünü, özellikle riskli gruplara yönelik olmak üzere koruyucu ruh sağlığı hizmetleri oluşturmaktadır. Bu kapsamda Bakanlığımızca özel gruplara yönelik programlar yürütmekteyiz.

E.2. Çocuk İstismarı ve Çocuk İhmali ile Mücadele Hizmetleri

Yetişkinlik döneminde yaşananlardan daha öncelikli olarak çocukluk döneminde karşılaşılan durumlar, yetişkin ruh sağlığı bozukluklarının önemli habercileridir. İnsanın hayat boyu bedensel, ruhsal ve sosyal sağlığı, beyninin gelişimiyle yakından ilişkilidir. Beyin gelişimi büyük oranda gebelik döneminde ve yaşamın ilk beş yılında oluşur.

İnsanın hayat boyu kullanacağı becerileri, öğrenme kapasitesi, çevreyle ilişki yetenekleri ve kişiliği de beyin gelişimi ile birlikte büyük ölçüde bu yıllarda gelişir. Bireylerinin yaşam boyu sağlığını korumak, daha yetenekli, zeki, başarılı ve kapasiteli bireyler yetiştirmek, artan şiddet ve suçluluğu azaltmak, sosyo-ekonomik eşitsizlikleri makul düzeylere indirmek için toplum, öncelikle beyin hızlı gelişim döneminin önemini fark etmeli ve bu dönemde çocuklarının gelişimini desteklemelidir. Dolayısıyla, çocukların ve ergenlerin ruh sağlığını desteklemek bireyler, toplum ve sağlık sistemleri için çok önemlidir. Bu hassasiyet ve ihtiyaçları göz önünde tutarak çocuk ve ergen sağlığının geliştirilmesi, ruh sağlığı sorunlarının önlenmesi ve bu hizmetlerin birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre edilmesi amacıyla 2005 yılında “Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Şube Müdürlüğü”nü kurduk.



“Çocuğun Psiko-sosyal Gelişimini Destekleme (ÇPGD) Programı”nın ülke geneline yaygınlaştırılması çalışmalarını 2005 yılında başlattık. Bu programın amacı, psiko-sosyal gelişimi destekleme yöntemlerini birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre ederek gelişimin en hızlı olduğu gebelik ve 0-6 yaş döneminde çocuğu destekleyip ruhsal, sosyal ve bedensel olarak sağlıklı nesiller yetişmesini sağlamaktır. Bilindiği gibi bebek ve çocuk, gelişim döneminde bazı risk faktörleriyle karşı karşıya kalabilmektedir. Program kapsamında bu dönemde izlenen risk faktörleri; beslenme yetersizliği düzeyinde yoksulluk, gelişim gerilikleri, anne/baba ruhsal bozuklukları, şiddet, çocuğa yönelik ihmal/istismar gibi faktörlerdir.

Programla, birinci basamak sağlık hizmetleri içine çocuğun ruhsal ve sosyal gelişimini izleme ve destekleme boyutlarını entegre ederek gebe ve çocuğu birinci basamakta biyopsikososyal bakış açısı ile izlemekteyiz. Söz konusu programın eğitimlerini birinci basamakta çalışan ebelere, hemşirelere ve hekimlere vermekteyiz. Eğitim alan ebe/hemşireler gebelik döneminden itibaren anne ve baba ile görüşmeler yaparak çocuğu izlemekte ve görüşme ile beslenme, aile planlaması, sigaranın zararları gibi konularda temel bilgiler vererek riskleri gözlemlemektedir. Riskli olgu tespit eden ebe/hemşire bunu hekime yönlendirir. Hekim, tedavi planını uygulayarak gerekli durumlarda ikinci basamağa veya destek alınacak kurumlara yönlendirme yapar.

Çocukluk döneminde maruz kalınan ihmal ve istismar çocukları en çok örseleyen travma alanlarının başında gelmektedir. Çocuğun, bakmakla yükümlü kimseler ve diğer yetişkinler tarafından fiziksel, duygusal, zihinsel veya cinsel gelişimini engelleyen ya da beden veya ruh sağlığına zarar veren, kaza sonucu olmayan durumlarla karşı karşıya bırakılmasına çocuk istismarı denmektedir. Çocuğun sağlığı, fiziksel veya psikolojik gelişimi için gerekli ihtiyaçların karşılanmaması ise “çocuk ihmal” olarak tanımlanmaktadır.

Çocuk istismarı ve ihmal, dünyada gerçek boyutları iyi bilinmeyen çok ciddi toplumsal bir sorun olmanın yanı sıra yol açtığı bedensel, zihinsel ve psikolojik bozukluklar ile bireylerde yaşam boyu iş gücü yitimi, uzun süreli ve yineleyici tetkik ve tedaviler nedeniyle topluma önemli ekonomik yük getiren bir sorundur.

Bakanlık olarak, ihmal edilen veya istismara uğrayan çocuklara verilen hizmetler alanındaki eksiklikleri gidermek amacı ile çalışmalara başladık ve ilk aşama olarak da cinsel istismara uğrayan çocukları ele aldık.

Bilindiği üzere ülkemizde istismara uğrayan çocuklar kolluk kuvvetleri, adli merciler ve sağlık kurumları tarafından ayrı ayrı değerlendirilmekte, bu değerlendirmeler esnasında çocuk, istismara ilişkin mükerrer sorulara maruz kalmakta ve ruhsal açıdan bu durumdan olumsuz etkilenmektedir. Ayrıca bu kurumlarda çocukla görüşme yapan kişiler, çoğu zaman çocuğun ruhsal durumunu gözetebilecek bir görüşme yapabilmek için eğitim almamış kişiler olmaktadır.



Bu aksaklıkları gidermek üzere Bakanlığımız koordinatörlüğünde; Adalet Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK), İçişleri Bakanlığı ve Diyanet İşleri Başkanlığı'nın da katılımı ile Ocak 2010'da bir çalışma başlattık. Ankara'da pilot olarak "Çocuk İzlem Merkezi"(ÇİM) kurduk. "Çocuk İzlem Merkezi"nin amacı, cinsel istismar olgularının toplumsal kurumlardaki yönetimi sırasında, bu kurumlara hizmet etmek ve bunu yaparken kurumları çocuğun ayağına getirerek çocuğu sistem içinde ikincil örselenmeden korumaktır.

Söz konusu merkez, 18 Ekim 2010 tarihi itibarıyla hizmet vermeye başladı. Merkezde 1 adli tıp uzmanı, 3 sosyal hizmet uzmanı, 2 psikolog, 1 psikolojik danışman ve 1 hemşire bulunmakta, ayrıca savcı ve baro tarafından görevlendirilen bir avukat vakayı merkezde değerlendirmektedir. Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü'nün ve kolluk kuvvetlerinin temsilcileri de merkezde bulunmakta, sosyal inceleme de dâhil olmak üzere çocuğa yönelik çalışmalar bu merkez üzerinden yapılmaktadır. 2012 yılında Bursa, Diyarbakır, Gaziantep, Kayseri ve Samsun illerinde Çocuk İzleme Merkezi açılacaktır. Çocuk adli süreç içinde başka bir kuruma yönlendirilmemekte, bu şekilde sekonder örselenme en aza indirgenmektedir.

E.3. Otizm ile Mücadele Hizmetleri

Otizm, üç yaşından önce başlayan, sosyal etkileşim ve iletişimde önemli ölçüde bozulma ile ilgi ve etkinliklerin belirgin sınırlılığı gibi özelliklerle ortaya çıkan gelişimsel bir sendrom olarak tanımlanmaktadır.

Etyolojisi bilinmeyen otizmlili hastaların tedavisinde erken dönemde yoğun bir özel eğitim programı önerilmektedir. Erken teşhis aşamasında, halkımızın yaygın olarak kullandığı birinci basamak hizmetleri önem taşımaktadır. Bunun için 0-6 yaş arası bütün çocuklarımızın belirli standartlar içinde izlemlerini sağlamak amacı ile oluşturduğumuz çocuk izlem protokollerinin içine otizmin erken teşhisini sağlayacak "Gelişimi İzleme ve Destekleme Rehberi" modülü yerleştirdik. Bu modülde 'göz teması kurma' gibi otizmde erken tanıyı sağlayabilecek belirtileri taramaktayız.

"Çocuğun Psiko-sosyal Gelişimini Destekleme Programı" çerçevesinde anneler ve çocuklar ile çok yakın çalışan birinci basamaktaki ebe, hemşire ve doktorlarımıza otizmi de içeren herhangi bir gelişimsel bozukluğu erken tespit edebilmeleri için eğitim vermekteyiz.

Birinci basamakta riskli veya şüpheli teşhis olarak değerlendirilen vakaların zaman kaybetmeden ilgili uzmanlar tarafından değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu sebeple bu alanda eğitim verebilecek, vakanın sadece psikiyatrik değerlendirilmesini değil aynı zamanda işitme, genetik sorunlar gibi birlikte bulunabilecek sorunlar açısından da değerlendirmesini sağlayabilecek, bunun yanında rehabilitasyon süreçlerinde çok önemli olan konuşma terapisi gibi hizmetleri tek çatı altında yürütecek Türkiye'nin ilk "Otizm Mükemmeliyet Merkezi"ni Ankara Yenimahalle Devlet Hastanesi bünyesinde Mart 2011'de açtık. Merkezde çalışacak personelin eğitimlerini tamamladık. Merkez, aynı zamanda bir eğitim kliniği olarak da faaliyet göstermektedir.



Teşhis alanında katettiğimiz bir diğer gelişme de dünyada bu hastalıkların tanınmasında altın standart olarak kabul edilen teşhis testlerini (ADI ve ADOS) Türkçeye kazandırmamızdır. Rehabilitasyon- eğitim alanlarında ise Sağlık Bakanlığı ve Milli Eğitim Bakanlığı'nın koordinasyonu gerekmektedir. Zira otizmde etkinliği ispatlanmış en önemli tedavi rehabilitasyon aracı erken özel eğitimidir. Otizm teşhisi almış çocukların erken çocuklukta (2-6 yaş) yoğun bir rehabilitasyon-eğitime tabi tutulması sayesinde ileride yaşlıları ile örgün eğitime devamının sağlanmasını hedeflemekteyiz. Bu konuda Milli Eğitim Bakanlığı ile ortak çalışmalarımıza devam ediyoruz.

F. Yaşlı Sağlığı

2011 yılı verilerine göre ülkemizde 65 yaş üzeri nüfus genel nüfusun %7,3'ünü oluşturmaktadır. Türkiye'de doğumda beklenen yaşam süresi giderek artmaktadır. 2000 yılında 70 yıl olan doğumda beklenen yaşam süresi 2009 yılında erkeklerde 72, kadınlarda 77 olup ortalamada 75 yıla uzadı.

Yaşlılarımıza yönelik sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak amacıyla, birinci basamak hekimlere yönelik olarak hazırlanan "Yaşlı Sağlığı Tanı Tedavi Rehberi" ile DSÖ tarafından geliştirilen "Yaşlı Dostu Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri İçin Materyal (Age-friendly Primary Health Care -PHC- Centres Toolkiti)"in Türkçe basımını yaptık ve bunu dağıttık. Yaşlılarımızın sağlık eğitimlerinde kullanılmak üzere "Eğiticiler İçin Yaşlı Sağlığı Rehberi", yaşlılarımızın sağlıklı beslenmeleri konusunda bir rehber olan "Yaşlılarda Beslenme" kitaplarını da hazırladık. Bakanlığımız aynı zamanda Devlet Planlama Teşkilatı ve SHÇEK önderliğinde hazırlanan "Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı"nın aktif paydaşlarından biridir.

7. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi

Sağlıklı bir hayat sürmek için bireyin sağlıklı yaşam alışkanlıkları edinmiş olması gerekmektedir. İyi ve doğru beslenen, düzenli hareket eden, sağlığına zarar verebilecek kötü alışkanlıklardan kaçınan ve sağlığının korunması için sağlık kontrollerini yaptıran birey sağlığını daha iyi koruyup geliştirebilecektir.

Sağlığın geliştirilmesi, insanların kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini artırmalarını ve sağlıklarını geliştirmelerini sağlama sürecidir. Sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik davranış değişikliği oluşturmak amacı ile verilen sağlık eğitimi ile örgütsel, ekonomik ve çevresel tabanda verilen desteklerin bileşimi, Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi (Health Promotion) olarak adlandırılmaktadır.



Bakanlığımızın 2010-2014 arası yıllardaki hedeflerini gösteren stratejik planında ilk amaç “Sağlığa yönelik risklerden toplumu korumak” tır. Bu stratejik amacın alt açılımında birey sağlığının korunması ve sağlık düzeyinin yükseltilmesi için vatandaşların kendi sağlıkları üzerinde kontrol yeteneklerini artırmak ve sağlıklarını etkileyebilecek konularda bireylerin karar süreçlerine aktif katılımlarını sağlama hedefleri vurgulanmıştır. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi kapsamında risk faktörlerinden korunma programlarıyla, tanıtım, bilgilendirme ve bilinçlendirme faaliyetlerini yürütüyoruz.

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi faaliyetleri;

- Erken yaşta ölümlerin ve malüliyetin azaltılmasına yardımcı olur,
- Önde gelen risk faktörleri ve altta yatan sağlık belirleyicilerine hitap eder,
- Sürdürülebilir sağlık sistemlerinin güçlendirilmesine yardım eder,
- Sağlığı geniş ölçekli kalkınma gündeminin merkezine yerleştirir.

Hayatın her noktasında daha sağlıklı bir hayat için davranış geliştirilmesi önemlidir. Toplumda sağlıklı hayat davranışlarını geliştirecek şekilde (tütün ve alkol kullanımının azaltılması, obezitenin önlenmesi, fiziksel aktivitenin teşviki, hijyen, sağlıklı beslenme alışkanlığı vb.) farkındalık oluşturulması ve bilgi düzeyinin artırılması, kişilerin kendi sağlıkları konusunda sorumluluk almalarının ve karar süreçlerine katılımlarının sağlanması bu yöndeki önemli adımlardır.

Bireylerin bilinçlenmesi bireylerin kendi sağlıkları üzerinde doğru karar verebilecek bilgi birikimini kazanmaları, sağlığı doğrudan ve dolaylı olarak etkileyen faktörlerin ve sosyal belirleyicilerin iyileştirilmesi ile ruhen, bedenen ve sosyal yönden iyilik hâlinin devamını sağlayacak bir yaşayış tarzının benimsenmesini hedeflemekteyiz.

Hayatın seyrine etki edebilecek bütün faktörler, sağlıklı hayata erişime olumlu/olumsuz etki yapma potansiyeli taşımaktadır. Bu yüzden sağlığın dışındaki diğer sektörlerin de bu konudaki farkındalıklarını artırmak ve çok sektörlü sağlık sorumluluğunu harekete geçirmek gerekmektedir. Sağlık hizmetlerine erişimin önündeki bürokratik, finansal, bölge farklılıkları, hizmet arzının yetersizliği veya dengesizliği, dezavantajlı grup içinde olma gibi engellerin ortadan kaldırılması, ihtiyaç duyulan bütün hizmetlere hakkaniyetli şekilde ve zamanında ulaşılmasının temini gereklidir.

Uygulanacak sağlık politikalarının nihai amacı, toplumun sağlık ve bununla bağlantılı olarak refah ve mutluluk düzeylerinin yükseltilmesidir. Bu amaca giderken en öncelikli ilke, insanların hastalanmasının önlenmesi ve sağlıklı hayat için beklentilerinin karşılanmasıdır. Bu amaca ulaşma, temel sağlık göstergelerinde sağlanacak ilerlemelerle gösterilecektir. Anne ve çocuk ölümlerinin azaltılması ve doğumda beklenen yaşam süresinin artırılması bu yöndeki en somut göstergelerdir. Fertlerin kendi sağlıkları konusundaki karar süreçlerine katılımlarının sağlanması, saygınlık, etkili iletişim ve tedavi sırasında sosyal destek ağlarına erişimin sağlanması, insan odaklı bir sistemin önemli köşe taşlarını oluşturmaktadır.



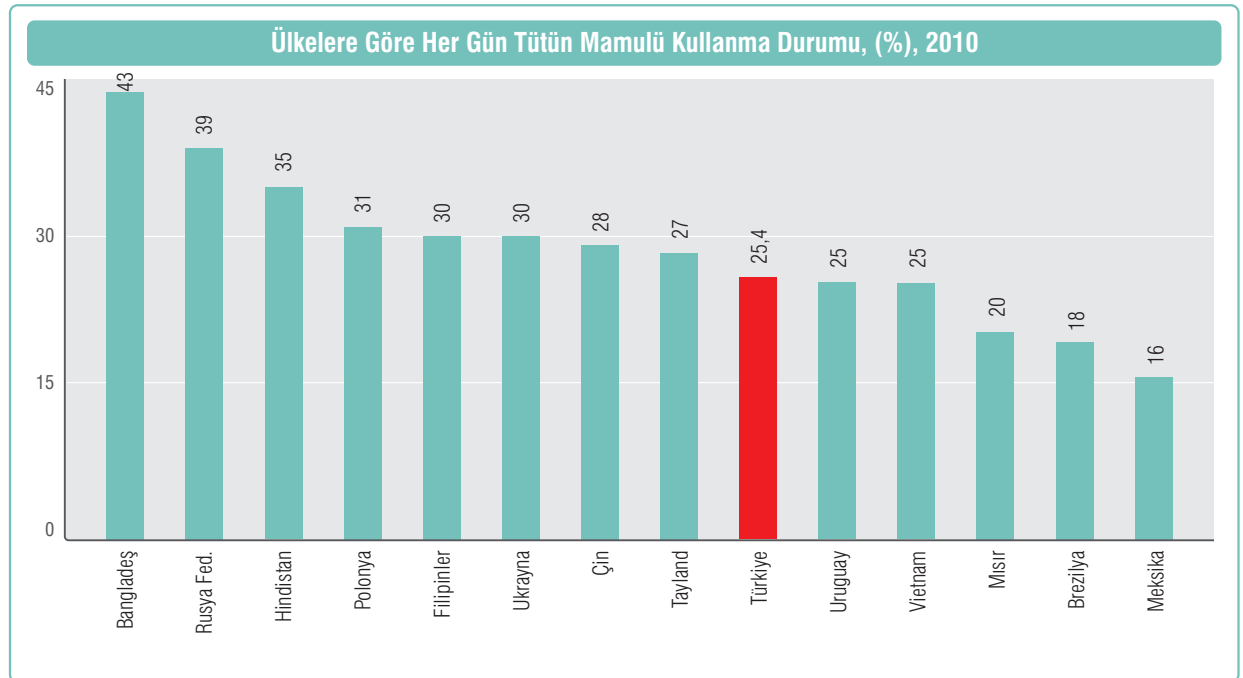
Sağlığın geliştirilmesindeki amaç, doğru sağlık davranışlarının geniş halk kitlelerince uygulanmasını sağlamasıdır. Bu kapsamda sağlığı geliştirme uygulamaları, kişilerin, kişisel seçim ve sosyal sorumluluklarını geliştirerek kendi sağlıklarını geliştirmelerini sağlayacak süreci ifade etmektedir.

“Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi” Kapsamında Yürüttüğümüz Çalışmalar:

A. Tütün, Alkol ve Madde Bağımlılığıyla Mücadele

Risk Faktörlerine Karşı Savaşta En Büyük Adım: Dumansız Hava Sahası

Ülkemizde sigara önemli bir halk sağlığı sorunudur. Sigara, doğum öncesi dönemden başlayarak çocuk ve erişkinlikte ölüme sebep olabilen ellinin üzerinde sağlık problemine yol açmaktadır. Önlenabilir hastalık ve ölüm sebeplerinin en önde gelenlerinden biridir. Günümüzde %80’i gelişmekte olan ülkelerde olmak üzere dünyada 1,3 milyar kişi, ülkemizde ise 16 milyon kişi sigara içmektedir (Grafik 45). Ülkemizde her yıl yaklaşık 100 bin kişi tütün kullanımına bağlı hastalıklar sebebiyle hayatını kaybetmektedir.



Grafik 45

Kaynak: WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2011



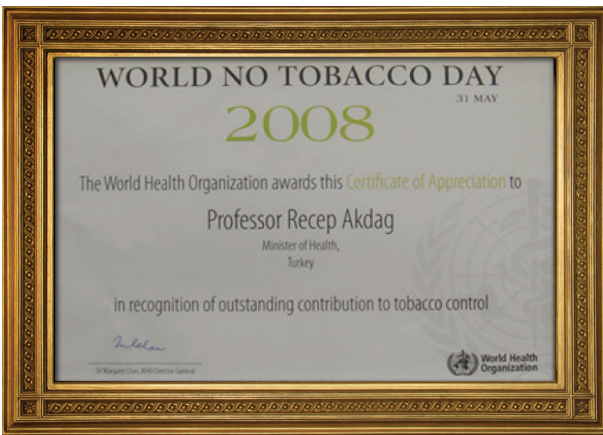
Ülkemiz tütün tüketimi açısından Avrupá'da üçüncü, dünyada yedinci sırada bulunmaktadır. Yetişkin erkeklerde tütün kullanım oranı %40 civarındadır. Tütün tüketimi, başta kanser olmak üzere pek çok hastalığın ortaya çıkmasında en önemli role sahiptir.

İlk sağlığın geliştirilmesi uygulamasını tütünle mücadele kampanyası olan 'Dumansız Hava Sahası' ile gerçekleştirdik. Başarılı bir sağlığın geliştirilmesi faaliyeti yürüttük ve farkındalık, tutum ve davranış değişikliği basamaklarının her birine milyonlarla ifade edilen sayıda vatandaşa taşıdık. Bunu bilimsel çalışmalar doğrulamaktadır ve süreç halen de devam etmektedir. Fazlar halinde ilerlenen programla, yasanın hepimizin sağlığını korumak ve geliştirmek için düzenlemeler getirdiğini vurguladık. Halkımızın bir başkasına zarar vermek istemeyeceğine dair öngörümüz bizi haklı çıkarttı ve kapalı mekânlarda tütün kullanımının pasif içicilere verdiği zarara ilişkin mesajlarımız yerine ulaştı.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından hazırlanan ve hâlen 171 ülkenin imzaladığı "Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi" (TKÇS) Sağlık Bakanımız Prof. Dr. Recep Akdağ tarafından 2004 yılında imzalandı, bu doğrultuda hazırlanan "Ulusal Tütün Kontrol Programı" Aralık 2007'de Sayın Başbakanımız Recep Tayyip Erdoğan tarafından açıklandı. Program gereğince 4207 sayılı Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun'da yapılan değişikliklerle sigara ve tütün ürünleri kullanımına ilişkin yeni düzenlemeler getirildi. 19 Mayıs 2008 tarihinden itibaren uygulanmaya başlayan ve pasif içiciliğin önlenmesini hedefleyen tedbirler halkımız tarafından % 95 oranında destek gördü.

Ülkemiz, tütün kontrol çalışmaları ve mevcut yasal düzenlemelerin kapsayıcılığı açısından dünyada altıncı, Avrupá'da ise üçüncü ülke olup örnek gösterilmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü, 2008 yılında Sağlık Bakanımıza, 2010 yılında da Başbakanımıza "Sigarayla Mücadele Ödülü" verdi.



Bakanlığımız, tütün ve tütün ürünlerine başlamayı önleyici tedbirler almanın yanında mevcut sigara bağımlılarına yönelik sigara bırakma polikliniklerinin kurulması ve bunların sayılarının artırılması, Ekim 2010 tarihinde ALO 171 Sigara Bırakma Danışma Hattı'nın faaliyete geçirilmesi, sigara bırakma tedavilerinde kullanılan ilaçların doktor kontrolünde ücretsiz olarak dağıtılması gibi çalışmalar da yürütmektedir.

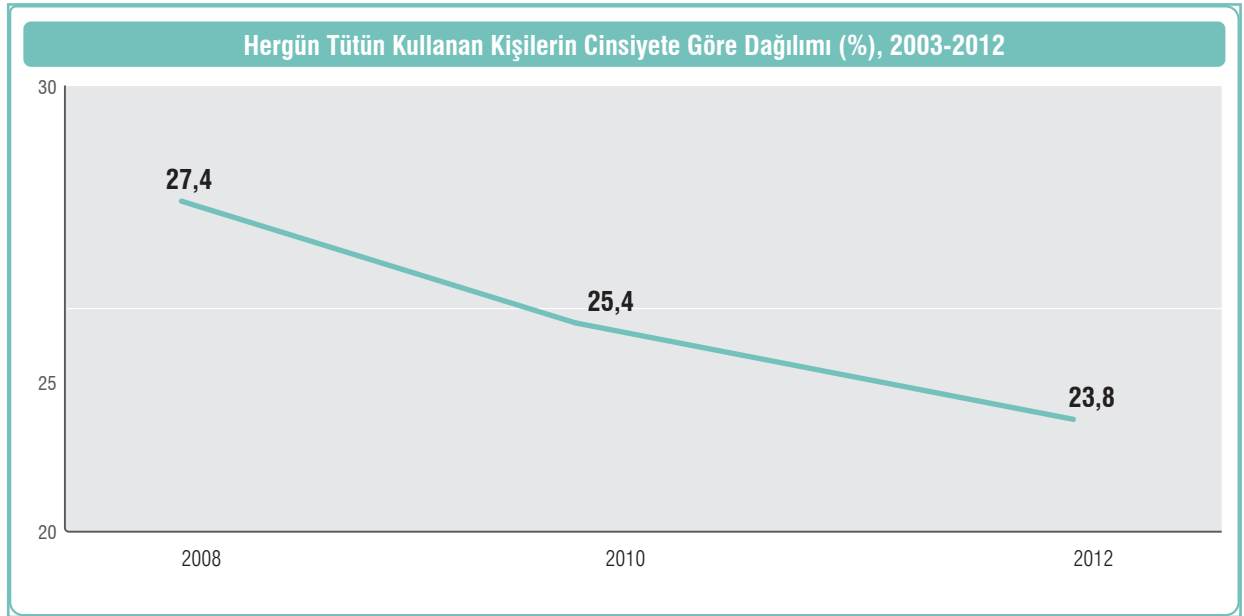


Yukarıda sıralanan önlemler uygulamaya konduktan sonra yapılan ölçümlerde kapalı ortam havasındaki partikül miktarında;

- Kamusal alanlarda %57 - %97,
- Hastanelerde %75,
- Alışveriş merkezlerinde %89,
- Özel işletmelerde %78 - %90 arasında azalma tespit edildi.

19 Temmuz 2009 - 1 Temmuz 2010 arasında, İstanbul'da Bakanlığımıza bağlı hastanelere astım atağı, üst solunum ve alt solunum yolu enfeksiyonu olmak üzere 11 hastalığın başvuru oranları Marmara Üniversitesi uzmanlarınca incelendi. Solunum yolu enfeksiyonu ve astım atağı nedeniyle başvurularda %20 civarında azalma tespit edildi.

Toplum genelinde sigara kullananların oranı 2003 yılında %32,1 iken 2012 yılında %23,8'e düştü. Sigara kullanım oranları %8,3 azaldı (Grafik 46).



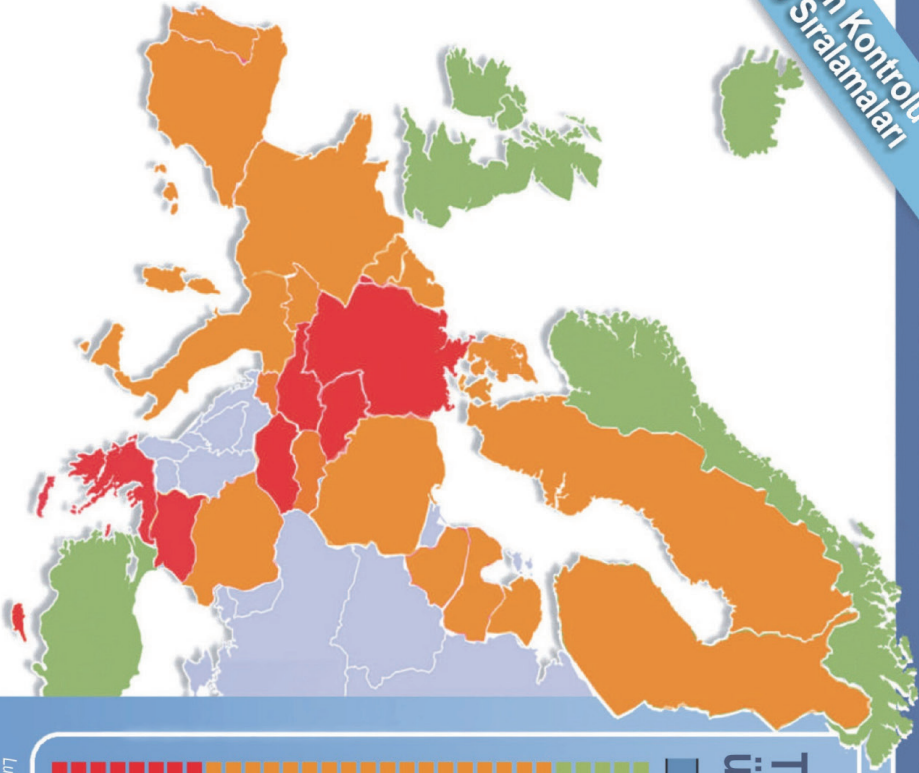
Grafik 46

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkilik Çalışması, Hane Halkı Araştırması 2003, TÜİK Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2008, TÜİK Sağlık Araştırması 2010, TÜİK Küresel Yetişkin Tütün Araştırması, 2012

Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) tarafından 2010 yılında Ankara'da 112 Acil sağlık hizmetlerine sigara kaynaklı hastalıklara bağlı başvurular incelendi. Kanunun uygulamasından sonra beklendiği gibi özellikle erkeklerde kalp ve solunum hastalıkları ve felç sebebi ile acil başvurular azaldı. Kadınlarda da kalp ve solunum hastalıkları sebebi ile olan başvurularda azalma oldu.



Tütün Kontrolü 2010 Sıralamaları



Tütün kontrolünde ülkemizin sıralaması

Puan	2010 sırası	2007 sırası	Ülkeler
77	1	1	İNGİLTERE
69	2	2	İRLANDA
62	3	4	NORVEÇ
61	4	-	TÜRKİYE
61	4	2	İZLANDA
55	6	7	FRANSA
52	7	8	FİNLANDIYA
52	7	5	MALTA
51	9	6	İSVEÇ
50	10	8	BELÇİKA
48	11	18	İSVİÇRE
47	12	10	İTALYA
46	13	12	İSPANYA
46	13	20	DANİMARKA
46	13	14	HOLLANDA
45	16	14	ROMANYA
44	17	25	SLOVENYA
44	17	24	LATVYA
44	19	23	PORTEKİZ
43	19	11	ESTONYA
43	19	14	POLONYA
41	22	17	SLOVAKYA
41	22	21	LİTVANYA
40	24	19	KIBRIS
40	24	13	BULGARİSTAN
37	26	27	ALMANYA
34	27	22	MACARİSTAN
34	27	25	ÇEK CUMHURİYETİ
33	29	28	LÜKSEMBURG
32	30	30	AVUSTURYA
32	30	28	YUNANİSTAN

Luk Joossens, Martin Raw, Avrupa 2010 Tütün Kontrol Sıralamaları,
Avrupa Kanseri, Ligten Birliği, Brüksel, Mart 2011.



“MPOWER Tütün Salgını Kontrol Etmeye Yönelik Politika Paketi”, tütün kontrolü çalışmalarında ülkelere yol gösterici olması amacıyla uluslararası deneyimler ışığında DSÖ tarafından hazırlandı. Ülkemiz MPOWER stratejisinin tüm unsurlarını hayata geçirebilen öncü ülkelerden biri konumundadır. 27-29 Mart 2011 tarihlerinde Amsterdam’da yapılan Avrupa Tütün Kongresi sırasında European Cancer League’in danışmanı olan Belçikalı uzman Luk Joossens tarafından yapılan değerlendirmede Türkiye’nin 30 Avrupa ülkesi arasında dördüncü olduğu belirtildi. Türkiye tütün kontrolü konusundaki başarılı uygulamaları ile takdir topladı.

Şu an itibarıyla 100 alt başlıklı MPOWER politika paketinin 98 alt başlığını tamamladık. 2012 yılı sonuna kadar eksik kalan iki alt başlığı da (sigara paketleri üzerinde resimli uyarıların en az %50 oranında yer alması ve bir reklam türü olan “marka paylaşımının” yasaklanması) tamamlamayı ve ülke olarak dünyada MPOWER politika paketini tamamlayan ilk ülke olmayı hedefliyoruz.



Türkiye’de Tütün Kontrolü, Bir Kararlılık ve Liderlik Öyküsü

Tobacco Control in Turkey, Story of commitment and leadership

Yayın Yılı: 2012

Yayınlayan Kuruluş: Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi

“Türkiye ciddi bir tütün epidemisi ile karşı karşıya. Yaklaşık 16 milyon yetişkin, sigara kullanıyor. Sigara en önemli halk sağlığı sorunu ve önlenebilir ölümlerin de en başta gelen nedeni. Sağlığa verdiği bu zararların dışında tütün kullanımının bir de ekonomik sonuçları var. Tütün mamullerine ödenen para yıllık olarak yaklaşık 20 milyar dolar ki bu Sağlık Bakanlığı bütçesinin yaklaşık 4 katı. Türkiye yüksek sigara içme prevalansı olan bir ülke. Aynı zamanda önemli bir tütün üreticisi. Buna

rağmen son yıllarda tütünle mücadelede gözü pek ve cesur adımlar attı. Bu hususta hükümetin sergilediği kararlılık ve liderlik sayesinde Türkiye, artık hem bölgesinde hem de küresel ölçekte “model bir ülke” hâline gelmiştir. Vergilendirme politikaları, kapalı mekânlarda sigara içilmesine getirilen kısıtlamalar gibi tedbirlerle Avrupa’da lider konumdadır. Türkiye’de hâlihazırda devam eden bu uygulamalar binlerce insanın hayatını kurtarmıştır ve kurtarmaya devam etmektedir. Bu durum dünyadaki pek çok ülkeyi de Türkiye örneğini takip etme noktasında cesaretlendirmiştir.”



Alkol ve Madde Bağımlılığı

Alkol ve madde bağımlılığının birey sağlığını çok olumsuz etkilediği bilinmektedir. Bu bağımlılığın kişisel sağlığın ötesinde cinayet, boşanma, tecavüz, aile içi şiddet ve trafik kazası gibi toplumsal sorunlara sebep olduğu aşikârdır.

Çocuk ve gençlerin alkolün zararlı etkilerinden korunması Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın stratejik hedefleri arasında bulunmaktadır. Bu konuda Türkiye Alkol Kontrol Programı ve Eylem Planını hazırladık. Türkiye Alkol Kontrol Programı'yla öncelikle çocuk ve gençleri olmak üzere alkolün zararlı etkilerinden korunması için toplumu bilinçlendirmeyi hedeflemekteyiz.

B. Suya Sabuna Dokunun

Topluma düzenli el yıkama alışkanlığı kazanmanın önemini anlatmak ve hijyen konusunu tüm Türkiye'nin gündemine almak amacıyla "Sağlığınız için suya sabuna dokunun, hastalıklardan korunun" kampanyası yürüttük.



C. Sevgi En İyi İlaçtır

Sağlık hizmetlerinde yapılan her türlü dönüşüm ve iyileştirme, elbette sağlık çalışanlarının olumlu tutum ve algıları ile desteklenerek amacına ulaşmaktadır. Bu nedenle sağlık çalışanlarımızın kendilerine ve işlerine değer atfetmeleri, yürüttükleri sağlık hizmetinin insan hayatındaki önemine ilişkin farkındalıkları olumlu çalışma kültürünü oluşturmaktadır. Sağlık çalışanı ve hasta arasındaki iletişimin doğru bir stratejide yürütülmesi amacıyla "Sevgi En İyi İlaçtır" ve "İyi ki Varsınız" temalı kampanyaları yürüttük.



D. Sağlıklı Gelecek İçin Sağlıklı Beslenme ve Fiziksel Aktivite

Obezite ile Mücadele

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından obezite, "sağlığı bozacak ölçüde yağ dokularında anormal veya aşırı yağ birikmesi" olarak tanımlanmaktadır. Yetişkin erkeklerde vücut ağırlığının %15-18'i, kadınlarda ise %20-25'ini yağ dokusu oluşturmaktadır. Erkeklerde bu oranının %25, kadınlarda ise %30'un üzerine çıkması durumunda obezite gelişmektedir. Dünyada obezite adeta bir salgın gibi gittikçe artmaktadır.

Obezite, yaşam kalitesini düşüren, pek çok faktöre bağlı kronik bir hastalıktır. Günümüzde tüm dünyada bu kadar hızlı artan, bireyleri ve toplumları etkileyen başka bir hastalık bulunmamaktadır. Bu sebeple obezite ile mücadele konusunda tüm dünyada politikalar geliştirilmekte, ulusal eylem planları hazırlanmaktadır.



Genellikle dengesiz beslenme ve fiziksel aktivite yetersizliği sonucunda ortaya çıkan obezite dünyada önlenebilir ölümlerin, sigaradan sonra ikinci sırada en sık sebebi olarak kabul edilmektedir. Obezite ile ilgili sağlık harcamaları gelişmiş ülkelerde tüm sağlık harcamalarının %2-7'sini oluşturmaktadır.

DSÖ Avrupa Bölge Ofisi tarafından ülkemiz ev sahipliğinde 15-17 Kasım 2006 tarihinde İstanbul'da "DSÖ Avrupa Obezite ile Mücadele Bakanlar Konferansı" düzenlendi ve konferans süresince obezite salgını ile ilgili çözüm önerileri tartışıldı.

Söz konusu konferans, başta sağlık olmak üzere tarım, eğitim, spor, ulaşım, sosyal güvenlik gibi diğer ilgili Bakanlar ve devlet sektörlerinin üst düzey yetkilileri, sivil toplum kuruluşlarının temsilcileri, uzmanlar, uluslararası kuruluş temsilcileri ve basın mensupları olmak üzere yaklaşık 500 kişinin katılımıyla gerçekleştirildi. Sayın Başbakanımız Recep Tayyip Erdoğan'ın da katıldığı konferansta DSÖ Avrupa Bölge Direktörü Sayın Dr. Marc Danzon ile beraber katılımcı ülkeler adına "Avrupa Obezite İle Mücadele Belgesi"ni Avrupalı Bakanlar adına Sağlık Bakanı Recep Akdağ imzaladı.

Ülkemizde görülme sıklığı giderek artan, çocuklarımızı ve gençlerimizi etkileyen bu hastalıkla etkin şekilde mücadele etmek, toplumun obezite ile mücadele konusunda bilgi düzeyini artırarak bireylerin sağlıklı beslenme ve düzenli fiziksel aktivite alışkanlığı kazanmalarını teşvik etmek ve böylece ülkemizde obezite ve obezite ile ilişkili hastalıkların (kalp-damar hastalıkları, diyabet, hipertansiyon, kas-iskelet

sistemi hastalıkları gibi) görülme sıklığını azaltmak amacıyla "Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı"nı hazırladık (Grafik 47, Tablo 4, 5).

Vücut kitle indeksimizi öğrenmek, porsiyonlarımızı küçültmek ve hareket etmek üzere üç ana başlık üstüne tasarladığımız iletişim kampanyamızı toplumumuzun %78'i fark ettiğini, %32 oranında hareket etmeye başladığını, %29 oranında da daha az yemeye başladığını ifade etti.



Tablo 4. 12 Yaş ve Üzeri Bireylerde Cinsiyete Göre Fiziksel Aktivite Yapma Durumu (%), 2010

	Kadın	Erkek	Toplam
Egzersiz yapmayan	76,5	67,6	71,9
Haftada 1-2 kez	7,7	11,5	9,7
Haftada 3 kez ve üzeri	15,7	20,6	18,3

Kaynak: Türkiye Beslenme Sağlık Araştırması 2010



Ülkemizde çeşitli kamu kurum ve kuruluşları, üniversiteler, özel sektör, sivil toplum kuruluşları vb. pek çok kurum ve kuruluş tarafından obezitenin önlenmesine yönelik çeşitli programlar, projeler ve eğitim çalışmaları yapıldı. Program ile ülkemizdeki çalışmaların geliştirilerek belirli bir plan dâhilinde gerçekleştirilmesi, ölçülebilir, izlenebilir olması ve eş güdümün sağlanmasını amaçlamaktayız.

“Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı” geniş tabanlı ve çok sektörlü bir yaklaşımı benimsemektedir.

Ulusal Program’ın 4 başlığı, 11 amacı, 21 hedefi, 37 stratejisi ve 115 aktivitesi bulunmaktadır. Ulusal ve yerel düzeyde politik istek ve kararlılığın sağlanması, koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında toplumun farklı araçlar kullanılarak obezite, yeterli ve dengeli beslenme ve fiziksel aktivite konularında bilinçlendirilmesi, obezitenin teşhis ve tedavisine yönelik önlemlerin alınması, izleme ve değerlendirme çalışmaları, bu programın kapsamını oluşturmaktadır.

Söz konusu program kapsamında;

- Bakanlığımız bünyesinde Obezite ile Mücadele Yürütme Kurulu, Bilim Danışma Kurulu ve Koordinasyon Kurulu ile 81 ilde valilikler bünyesinde Yeterli ve Dengeli Beslenme ve Hareketli Yaşam Kurulu oluşturduk. Ayrıca il sağlık müdürlükleri bünyesinde “Obezite Birimleri”ni kurduk.
- Aile Hekimliği Bilgi Sistemi içine bireylerin obezite durumunun belirlenmesi amacıyla obezite izlemi ile ilgili verileri de dâhil ettik. Böylece bireylere ait boy, vücut ağırlığı, beden kitle indeksi (BKİ), bel çevresi, kalça çevresi gibi verilere ulaşma imkânı sağladık.

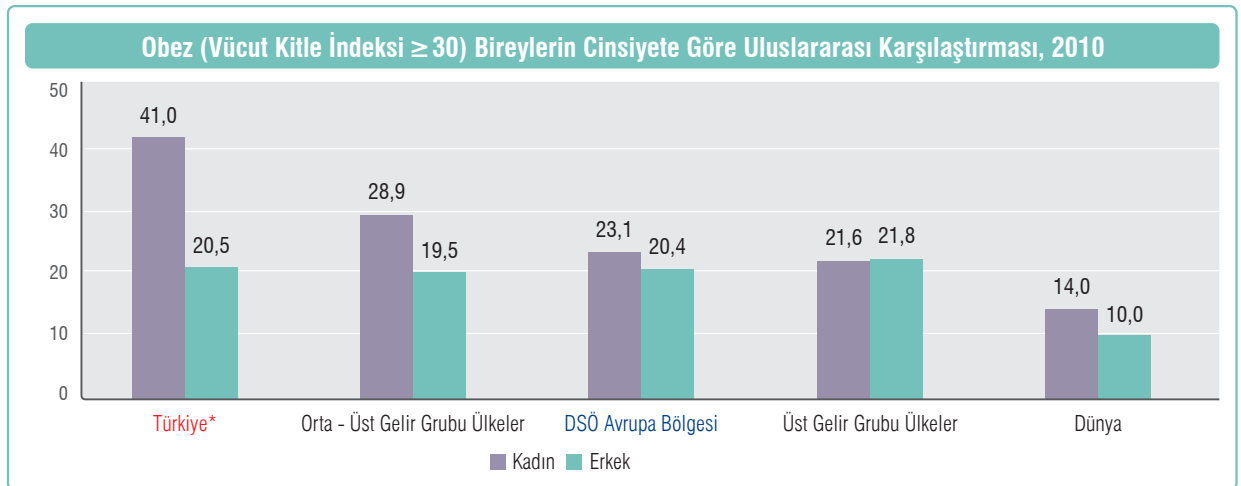
Tablo 5. Tüm Yaş Gruplarında Beden Kitle İndeksi Yüzdeleri

Yaş	Erkek				Kadın				Toplam			
	Zayıf	Normal	Kilolu	Obez	Zayıf	Normal	Kilolu	Obez	Zayıf	Normal	Kilolu	Obez
19-30	2,8	59,0	30,5	7,7	8,1	56,0	22,2	13,8	5,1	57,7	26,9	10,2
31-50	1,1	31,7	42,9	24,4	1,3	22,2	34,5	42,1	1,2	27,1	38,9	32,8
51-64	1,7	26,1	41,4	30,7	0,2	7,0	28,3	64,4	0,9	16,4	34,8	47,8
65+	1,8	27,5	45,9	24,8	1,1	15,0	30,4	53,5	1,4	20,7	37,4	40,4
Türkiye	1,8	38,7	39,1	20,5	2,7	26,6	29,7	41,0	2,2	32,9	34,6	30,3

Kaynak: Türkiye Beslenme Sağlık Araştırması 2010



- Okul çağı çocuklarında büyüme ve beslenme durumlarını ortaya koymak üzere “Türkiye Okul Çağındaki Çocuklarda Büyümenin İzlenmesi Projesi (TOÇBİ)”ni, ilgili bakanlık ve üniversiteler ile iş birliği içinde 26 ilde ilköğretim okullarında gerçekleştirdik.
- Tuz tüketiminin önerilen değerden 3 katı kadar fazla olduğu ülkemizde, aşırı tuz tüketimi; yüksek kan basıncı artışına neden olmakta ve başta kalp hastalıkları ve inme olmak üzere osteoporoz, böbrek hastalıkları ve mide kanseri gibi birçok hastalığın oluşumunda önemli bir risk faktörü olarak yer almaktadır. Multidisipliner bir yaklaşım ile toplumumuzda tuz tüketiminin kademeli olarak önerilen seviyelere düşürülmesi için tuz tüketiminin azaltılmasına yönelik ulusal bir programı 2011 yılı içinde başlattık. Toplumda tuz alımında önemli bir yer tutan ekmekteki tuz oranı Türk Gıda Kodeksi Ekmek ve Ekmek Çeşitleri Tebliğince azaltıldı.
- Sağlıklı beslenme açısından önem taşıyan tam buğday unundan ekmeğin üretiminin ve tüketiminin artırılması yönündeki çalışmalarımız doğrultusunda Türk Gıda Kodeksi Ekmek ve Ekmek Çeşitleri Tebliğinde ekmeklerin yapıldığı unların beslenme kalitesi artırıldı.
- Beslenme ile ilgili olarak topluma yönelik bilgi kaynağı oluşturmak üzere bilimsel gerçekler temelinde hazırlanan www.beslenme.saglik.gov.tr internet adresini faaliyete geçirdik. Vatandaşlarımız buradan beslenme ile ilgili en doğru ve güncel bilgilere rahatlıkla ulaşabilmektedir.



Grafik 47

Kaynak: World Health Statistics 2012

* Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010



E. Diğer

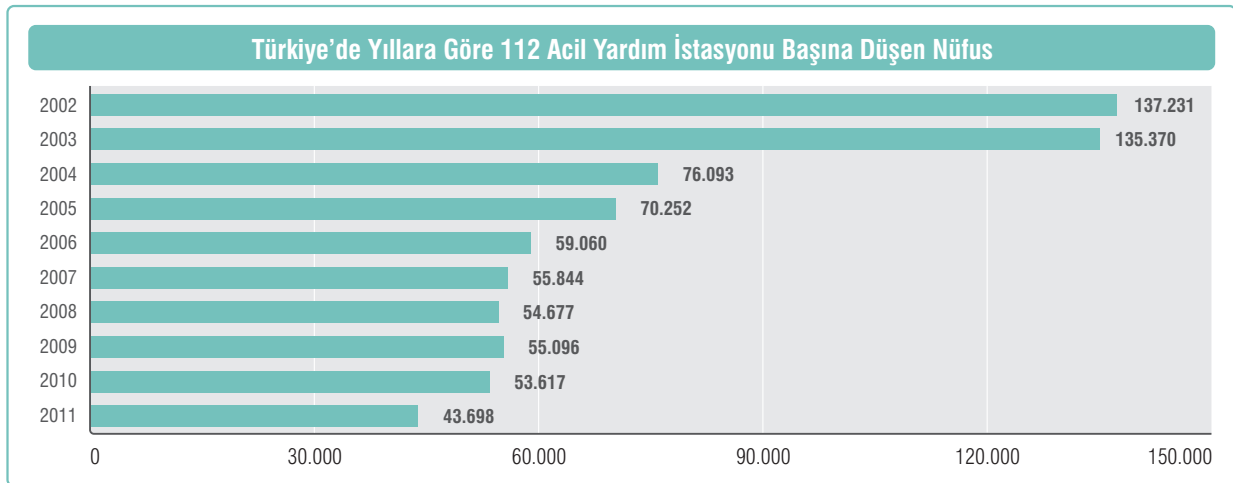
Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında gelişen ve niteliği artan sağlık hizmetlerinin kamuoyuna aktarılması ve vatandaşımızın bu hizmetlerden verimli bir biçimde yararlanabilmesi için iletişim kampanyaları yürütüyoruz. Aile hekimliği ve evde sağlık hizmetlerinin tanıtımı için iletişim kampanyaları düzenledik.

Bakanlığımız tarafından çocuklarımızın bulaşıcı hastalıklardan korunması amacıyla yürütülen aşılama programını yıllar içinde genişlettik ve yeni aşuları programa dahil ettik. Buna paralel iletişim kampanyaları ile kamuoyunu bilgilendirdik.

8. Acil Sağlık Hizmetlerinde Yeni Dönem

Acil sağlık hizmetleri, üzerinde önemle durulması gereken bir halk sağlığı konusudur. Acil hastalık ve yaralanma hâllerinde 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 çok önemlidir.

Bugün, “112 Acil” hizmetini sadece şehirlerde değil, köylerde de yaygın olarak verdiğimiz bir dönemi yaşıyoruz (Grafik 48). Dünyanın en gelişmiş ülkelerinde sunulan hava ambulans hizmetini hiçbir ücret almadan sunuyoruz. Acil veya yoğun bakım gerektiren hastalıklar için ise özel hastaneler dâhil hiçbir sağlık kuruluşunda vatandaşımızdan ücret talep etmiyoruz.



Grafik 48

Kaynak: Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Nüfus: TÜİK



Son dokuz yılda acil hasta taşıma hizmetleriyle ilgili gücümüz altı kat arttı. Acil hastalarda her geçen saniyenin önemli olduğunun bilincindeyiz. Artık şehirlerimizdeki vakaların % 94'üne ilk on dakikada, kırsal alandaki vakaların %96'sına ilk otuz dakika içinde ulaşabiliyoruz.

2002 yılı sonunda 618 olan tam donanımlı 112 acil ambulansı sayısını 2011 yılı sonu itibarıyla 2.766'ya ulaştırdık. Ambulanslarımızda sadece nicelik yönünden değil, nitelik yönünden de gelişme kaydettik. Tüm ambulanslarımız donanım ve özellikleri ile aynı zamanda Avrupa Birliği standardı da olan TS-EN 1789'a uygun hâle geldi. 2002 yılı sonunda 481 olan 112 acil istasyon sayısı ise dokuz yıl içinde 1.710'a çıktı. Acil sağlık hizmetlerinde belirlediğimiz hedefleri aştık. Ülkemizin her noktasında 112 Acil hizmeti verir duruma geldik.

Aralık 2011 itibarıyla coğrafi şartlar ve iklim şartları sebebiyle ulaşımda güçlük çekilen bölgelerde, 224 adet "kar paletli ambulans" ile halkımıza hizmet vermekteyiz. Ayrıca büyük kazalar veya kitlesel olaylarda en az 4 yaralının yatarak nakledilebileceği çoklu hasta taşıyan 35 adet ambulansı ekiplerimize dâhil ettik.

Bunların yanında, sokak darlığı ya da trafik yoğunluğu gibi sebeplerle özellikle standart ambulansların ulaşamadığı durumlarda hizmet vermek üzere motosikletli acil müdahale ekipleri oluşturduk. Bu ekiplerde ileri motosiklet sürüş eğitimleri alan tecrübeli personel görevlendirdik. Aralık 2011 itibarıyla 52 adet motosiklet ile metropol illerimizde hizmet vermekteyiz.

2007 yılında hizmete başlayan 4 adet deniz ambulansı İstanbul, Çanakkale, Balıkesir ve Gökçeada'da hizmet vermeye devam etmektedir.

Sadece gelişmiş ülkelerde bulunan hava ambulans sistemini ülkemizde bir ilk olarak 2008 yılından itibaren faaliyete geçirdik. Aralık 2011 itibarıyla ülke geneline hizmet verecek şekilde 19 ambulans helikopteri 15 il merkezine konuşlandırdık.

Ayrıca Nisan 2010'dan itibaren biri turbojet ve uzun mesafeli, diğeri de turboprop pervaneli (kısa pisti olan havaalanlarına da inebilecek yapıda) iki adet ambulans uçak ile yurtiçi ve yurtdışından acil hasta veya yaralı vatandaşlarımızın naklini gerçekleştirmeye başladık. Turbojet ambulans uçağı 5.300 km, turboprob ambulans uçağı ise 3.500 km uçuş menziline sahip olup her iki uçak da iki hastanın yatarak naklini sağlayabilecek ve yoğun bakım şartlarında her türlü tıbbi müdahaleyi yapabilecek tıbbi ekipman ile donatıldı. Ayrıca uçaklarda bulunan transport kuvözleri ile yenidoğan bebeklerin, yoğun bakım şartlarında nakli yapılabilmektedir. Ambulans helikopterler ise 450 km uçuş menziline sahip olup acil vakaların hastaneler arasında nakilde, trafik kazalarında otoyollara inerek olay yerinde müdahale ve doğrudan hastaneye nakilde ve dağda mahsur kalan birçok acil yardıma ihtiyaç duyan vatandaşın kurtarılmasında önemli görevler yapmaktadır. Aralık 2011 itibarıyla ambulans helikopterlerle 10.509, ambulans uçaklarla 2.012 hasta taşıdık. Ayrıca ambulans uçaklarla 118 vatandaşımızı yurtdışından ülkemize getirdik, 5 yabancı turisti ülkelere naklettik.

112 Acil hizmetlerinden yararlanan kişi sayısı 2002 yılında 350 bin iken 2011 yılında 2,7 milyon kişi bu hizmetten yararlandı. Böylece 2002 yılına göre 7,7 kat artış sağladık.



2002 yılında kırsalda yaşayan vatandaşlarımızın sadece %20'si 112 Acil hizmetlerinden yararlanıyordu. Bugün ise kırsalda yaşayan vatandaşlarımızın tamamı bu hizmetten yararlanmaktadır.

Afetlerde Sağlık Organizasyonu ve Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi (UMKE)

“Afetlerde Sağlık Organizasyonu Projesi”ni yurdumuzda başta deprem olmak üzere yaşanabilecek muhtemel afetler için hayata geçirdik. 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 görev alacak iyi eğitilen ve ihtiyaca uygun donatılan ekipler teşkil ettik. Türkiye nüfusunun %95'inin deprem kuşağında bulunduğu gerçeği, bu alanda uzmanlaşmanın

ve hazırlıklı bulunmanın önemini ortaya koymaktadır.

Proje kapsamında “Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi” (UMKE) kurduk. 4.847 gönüllü sağlık personelinin oluşan Avrupa'nın en büyük ulusal medikal kurtarma ekibine sahibiz.

Yurtdışında da müdahale yapabilecek kabiliyetlere sahip bu ekipler, İran ve Pakistan depremleri, Endonezya deprem ve tsunami faciası ile son olarak Haiti depremi ve Pakistan sel felaketinde ülke olarak iftihar ettiğimiz görevler ifa ettiler.



UMKE Eğitimlerinde Başlıklar

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



Avrupa'nın En Büyük Medikal Kurtarma Ekibi

Başta deprem olmak üzere 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 gerekli profesyonel yönetim organizasyonunun oluşturulması amacıyla 2004 yılında "Afetlerde Sağlık Organizasyonu Daire Başkanlığı" kurduk. İki yıl içinde gönüllülük esasına göre 81 ilimizde oluşturulan Ulusal Medikal Kurtarma Ekipleri'nde görev alan 2.643 personelin temel eğitimlerini gerçekleştirdik. 2011 yılı sonu itibarıyla toplam 4.847 UMKE personeline eğitim verdik.

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 Ekipleri'mizin yurt içi ve yurt dışında görev aldığı çalışmaların başlıcaları şunlardır:

Yurt içi

Konya Zümrüt Apartmanı Yıkılması (2004)
Diyarbakır Askeri Lojmanlarında Patlama (2006)
Bursa İntam Binası Çökmesi (2006)
Isparta Uçak Kazası (2007)
Konya-Taşkent Balcılar Bina Çökmesi (2008)
Sivas Tren Kazası (2008)
Kütahya Tren Kazası (2008)
Kahramanmaraş Helikopter Kazası (2009)
Bolu – Kıbrısık Helikopter Kazası (2009)
Elazığ Depremi (2010)
Rize Sel Felaketi (2010)
Simav Depremi (2011)
Van Depremi (2011)
Rize Ovit Dağında Çığ Düşmesi (2011)
Ankara Ostim Patlaması (2011)

Yurt dışı

İran Bam Depremi (2003)
Pakistan Depremi (2005)
Sudan İnsani Yardım Organizasyonu (2007)
Afganistan Sel ve Toprak Kayması (2007)
Endonezya Depremi ve Tsunamisi (2009)
Haiti Depremi (2010)
Pakistan Sel Felaketi (2010)
Irak'tan yaralıların nakilleri
İsrail'den yaralıların nakilleri



Afet durumlarında en önemli unsurlardan biri afet etkilerinin azaltılmasına yönelik faaliyetlerde kurtarma ekipleri ve kurumlar arası koordinasyondur. Bu ihtiyaçtan hareketle 2009 yılı sonunda Bakanlığımızda, afet ve her türlü olağan dışı olaya anında müdahale edebilmek, tüm kurumlar ile koordinasyonu sağlayarak ölüm ve sakatlıkları en aza indirebilmek amacıyla “Sağlık Afet Koordinasyon Merkezi”ni (SAKOM) kurduk. Bu merkezde yurt içi ve yurt dışında meydana gelen afet ve olağan dışı olayların takibini 24 saat boyunca yapmakta ve bunlara anında müdahale etmekteyiz. Bu sistem ile yurtiçi ve yurt dışı haber kanallarından oluşan 16 adet yayını aynı anda takip etmekte, internet üzerinden son dakika haberleri izlemekte ve Kandilli Rasathanesi’ne bağlı olarak deprem monitörünü 24 saat takip etmekteyiz. Son teknoloji ürünü ekipmanlarla donatılan merkezde HF telsiz sistemleri ile uzak mesafe görüşmeleri yapabilmekte, iller ile görüntülü haberleşmeyi sağlayan video telekonferans yöntemi ile canlı görüşme yapabilmekteyiz.

Ayrıca hava ve deniz araçlarından alınan acil çağrı sinyalleri ile dağcılar ve arama kurtarma ekipleri tarafından gönderilen acil çağrı sinyallerini anlık tespit ederek konum ve yer tespiti yapabilen bir sistem kurduk.

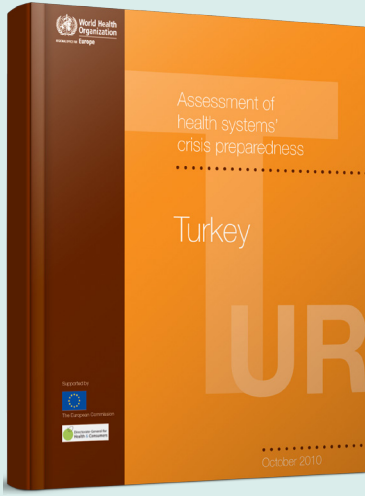
Her biri 8 çadırdan oluşan 44 adet “Mobil Acil Müdahale Ünitesi” temin ettik. Bu ünitelerin her biri yaklaşık 60 m²’lik 6 çadır, 30 m²’lik ara bağlantı ve 30 m²’lik dekontaminasyon çadırından oluşmaktadır. Bu çadırların her biri en fazla 10 dakikada şişirilerek kurulmakta ve 15 dakikada ilk hastayı kabul edebilmektedir. Her bir ünitenin toplam kullanım alanı 400 m²’dir. Ayrıca ağır iklim şartlarında hizmet verebilecek 16 adet sahra hastanesi çadırı temin ettik. İçerisinde kimyasal olaylarda ihtiyaç duyulan dekontaminasyon ünitelerinin de bulunduğu bu hastaneleri, bölge merkez illerimize tahsis etmeye başladık. Böylece ülke genelinde afetlere hazırlık kapasitemizi artırdık.



Van 2011 Depremi







Sağlık Sistemlerinin Krize Hazırlık Değerlendirmesi, Türkiye (sayfa 32, 35, 46, 47, 53, 54)

Assessment of Health Systems' Crisis Preparedness, Turkey

Yayın Yılı : 2010

Yayımlayan Kuruluş : DSÖ

“Türkiye'nin müdahale sisteminin en önemli güçlerinden biri kesinlikle son derece gelişmiş tıbbi ekipmanların sağlanması ve acil durumların her düzeyde planlanmış olmasıdır.”

“Türkiye, hazırlık ve risk azaltma faaliyetlerine gittikçe daha çok odaklanarak, hastane öncesi ve hastane içinde acil tıbbi sistemler için övgüye değer bir müdahale kapasitesi ve kabiliyeti geliştirmiştir.”

“Geçici sağlık tesisleri kurma becerisi dâhil olmak üzere, acil durum lojistiği ve destek işlevlerinin yapısı ve hizmete hazırlığı açıkça Türkiye'nin en güçlü olduğu alanlardan biridir.”

“Türkiye, ulusal ve uluslararası afet müdahale konusundaki deneyimleri ile uluslararası afete hazırlık ve müdahale topluluklarına normların ve standartların oluşturulmasında yardımcı olacaktır.”

“Türkiye'de krize hazırlık alanında politik kararlılık üst düzeydedir ve ulusal ve uluslararası afetlere müdahale kapasitesi kanıtlanmıştır. Acil durum müdahale sistemi güçlü bir yasal çerçeveye sahip olup personel sayısı yeterli ve donanım açısından iyi durumdadır.”

“Türkiye, büyük çaplı afet deneyimi ve böylesine gelişmiş bir afet ve acil durum yönetimi sistemi ile sahip olduğu benzersiz konum sayesinde küresel düzeyde afet riskinin azalmasına yönelik eğitim ve araştırmalarda lider rol üstlenebilir.”

“Türkiye, çok sayıda ulusal ve uluslararası operasyon ile afet hâllerinde tıbbi yardım sağlamak açısından devasa bir tecrübe kazanmıştır. Bu tecrübe DSÖ Avrupa Bölgesi'nde paylaşılmalı ve müşterek kapasite artırma faaliyetleri için kullanılmalıdır.”



9. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri

Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Stratejik Eylem Planı

Ağız ve diş sağlığı bireyin vücut sağlığını doğrudan etkilemektedir. Ağız ve diş sağlığı korunmadığında birçok hastalığı beraberinde getirmektedir. Tüm sağlık konularında olduğu gibi ağız ve diş sağlığı ile ilgili hastalıklarda da tedaviden çok koruyucu önlemlere ağırlık verilmesi gereklidir.

Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri kapsamında;

- Toplumda ağız ve diş sağlığı bilincinin oluşturulabilmesi için anne adayından başlayarak gebelik döneminde annenin ve bebeklikten ergenlik dönemine kadar çocuğun ağız ve diş sağlığının izlenmesi, düzenli takibinin yapılarak sağlıklı bir birey olarak topluma kazandırılması ve periyodik diş hekimi kontrolünün sağlanması amacıyla “Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı İzlem Planı”nı hazırladık. Bu izlem planı “Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Eylem Planı”nın içerisinde yer almaktadır.
- Toplumda ağız ve diş sağlığı bilincinin iyileştirilmesi için düzenli diş hekimi kontrolleri ve koruyucu diş hekimliği uygulamalarının bir yaşam tarzı olarak kabul görmesinin sağlanmasını hedefliyoruz.

Diş çürüğü ve diş eti hastalıkları, ağız ve diş sağlığının önemli bir problemi olup bütün yaş gruplarının yaşam kalitesini etkilemektedir. Ağız ve diş sağlığı konusunda bireylerin yeterince bilinçli olmaması, soruna toplumsal bir boyut kazandırmaktadır. Bu sebeple en etkili koruma yöntemi, toplum bazında gerçekleşen birincil koruma hizmetidir.

Diş çürüğü ve diş eti hastalıkları hayat boyu maruz kalınabilen hastalıklar olduğu için koruyucu yöntemlerin hayat boyu devam etmesi gerekmektedir. Koruyucu yöntemlerin etkin şekilde uygulanması ile diş çürüğü ve diş eti hastalıklarının azaltılması mümkündür.

Ağız-diş sağlığı, koruyucu diş hekimliği uygulamalarının ve düzenli diş fırçalama alışkanlığının önemi hakkında vatandaşın bilgilendirilmesi, hedef kitlenin ağız ve diş sağlığı izleminin sağlanarak diş çürüğü ve diş tedavisi oranının en aza indirilmesi amacıyla “Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Stratejik Eylem Planı ve Uygulama Programı”nı hazırladık.

Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleriyle genel olarak diş çürüğü olmayan ağız ve diş sağlığı yerinde bir toplum hedefliyoruz. Bu hedefe ulaşabilmek için aşağıdaki uygulamaları yürütüyoruz:

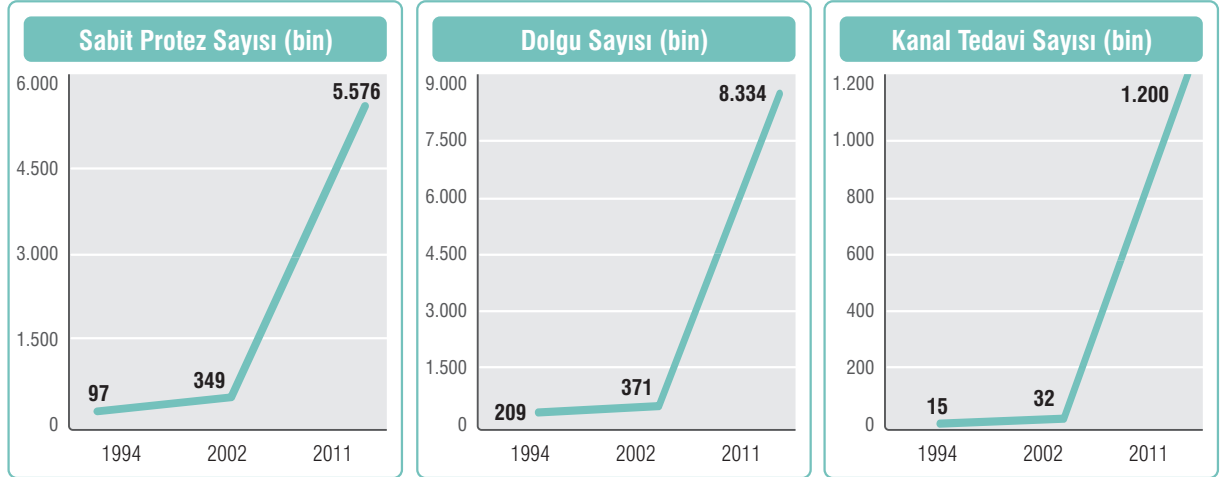
- Ağız ve diş sağlığının önemini anlaşılması ve toplum bilincinin iyileştirilmesi,
- Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde anne adayından başlayarak gebelik döneminde annenin ve bebeğin ağız ve diş sağlığı konusunda düzenli takibinin yapılması,
- Kişilerin kendi sağlıklarının ve sorumluluklarının bilincinde hareket etmeleri ve ağız hijyenine önem vermelerinin sağlanması (doğru ve düzenli fırçalama alışkanlığının edinilmesi, diş ipi kullanımının yaygınlaştırılması),



- Yeterli ve dengeli beslenme alışkanlıklarının kazandırılması, ağız hijyeni-beslenme çürük ilişkisinin öneminin anlaşılması ve ağız ve diş sağlığı için gerekenlerin uygulanması,
- Diş hekimi kontrollerinin düzenli hâle getirilmesi,
- Koruyucu diş tedavi uygulamalarının (flor uygulaması ve fissur örtücülerin) öneminin anlaşılması,
- Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde etkinliğin ve ulaşılabilirliğin artırılması. Bu kapsamda öncelikli olarak risk gruplarına göre hedef kitleleri belirledik. Bunlar:
 - 0-3 yaş grubu çocukların ebeveynleri,
 - 6 yaş dişlerinin sürdüğü yaş grubu,
 - Hamileler,
 - Engelliler.

Aile Hekimleri için hazırlanan “Periyodik Muayene Rehberi” kapsamında bu hedef kitleleri etkin takip etmeyi amaçlıyoruz.

İlköğretim okullarında 2011-2012 eğitim ve öğretim yılında, ağız-diş sağlığı eğitimi ve tarama faaliyetleri kapsamında 2.840.186 öğrenciye ağız ve diş sağlığı taraması yapılmıştır.



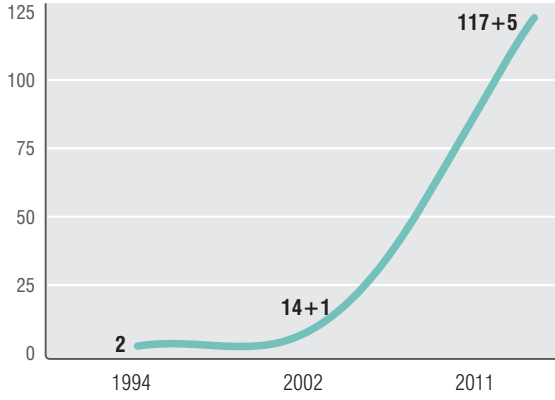
Grafik 49, 50, 51

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

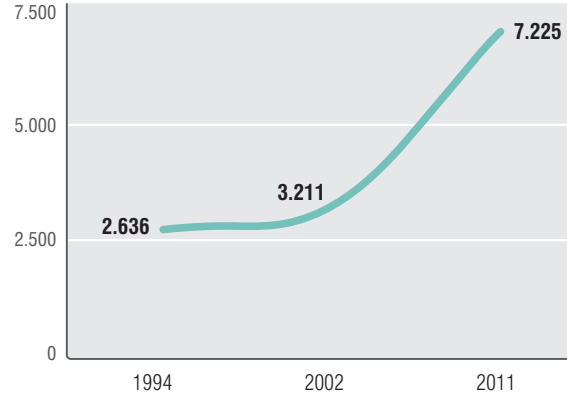
Kamu ağız ve diş sağlığı hizmetleri çerçevesinde; 2002 yılında 14 olan ağız ve diş sağlığı merkezi sayısını 117'ye; 1 olan diş hastanesi sayısını ise 5'e çıkardık. 81 ilimizde ağız ve diş sağlığı hizmeti veriyoruz. 2002 yılında Bakanlık kurumlarına bağlı 1.475 faal diş ünitesi varken 2011 yılında diş ünitesi sayısını 6.169'a çıkardık. 2002 yılında 3.211 olan diş hekimi sayısını 7.225'e yükselttik. Böylece vatandaşlarımızın ağız ve diş sağlığı hizmetlerine kolayca ulaşabilmesini sağladık (Grafik 49-54).



Ağız Diş Sağlığı Merkezi Sayısı



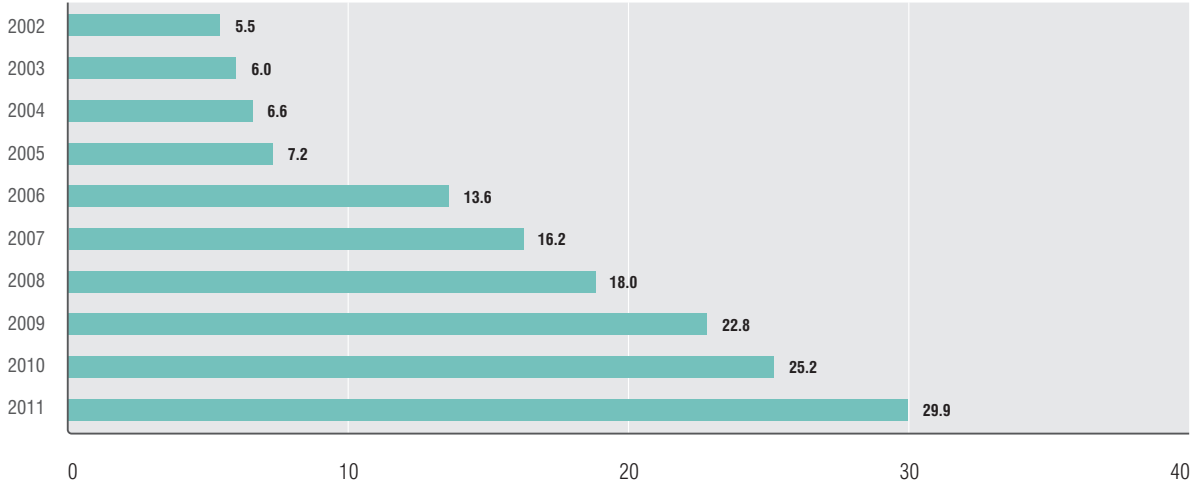
Sağlık Bakanlığında Çalışan Diş Hekimi Sayısı



Grafik 52, 53

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Yıllara Göre Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerine Müracaat Sayıları, Sağlık Bakanlığı, Türkiye (milyon)



Grafik 54

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü



10. Sağlıklı Çevre, Sağlıklı İnsan

• Türkiye Köylerinin Sağlık Profili Araştırması

Koruyucu sağlık hizmetlerinin temel unsuru olan çevre ve toplum sağlığı için gerekli şartların kentsel alanların yanında köylerde de oluşmasının sağlanması amacıyla “Sağlıklı Köyler Projesi”ni başlattık. Söz konusu proje ile köylerin mevcut durumlarının tespit edilmesini ve tespit edilen gerçek sağlıklı veriler üzerinden köylerin sorunları hakkında ilgili kurum ve kuruluşlarla birlikte politikalar gerçekleştirmeyi amaçladık.

Ülkemiz genelinde 34.110 köyü kapsayan “Köylerin Sağlık Profili” araştırmasını yürüttük. Araştırmada köy arazisinin meyil durumu, bataklık-çöplük varlığı, doğal afetlere maruz kalma durumu, geçim kaynakları, köyün mesken, toprak, arazi ve iklim özellikleri, köyün sağlık kuruluşu durumu, köyde çalışan kamu personeli durumu, mevsimsel göç durumu, mevsimsel göçün varlığı ve mevsimsel göç yerlerindeki sağlık şartlarını tespit ettik. Köyün sahip olduğu içme ve kullanma sularının durumunu da ayrı bir soru grubu içinde değerlendirdik. Şebeke ve isale hattı bulunma durumu, kaynak koruma alanının varlığı ve uygunluğu, su deposu varlığı ve uygun sağlık ve emniyet şartlarına sahip olma durumu, suların gerekli analizlerinin yapılma durumu, klorlama durumu gibi birçok konuyu inceledik.

Köy halkının sağlığını, köyde sağlığı etkileyen önemli sağlık sorunlarının olup olmadığını, varsa bu sorunlardan kaynaklanan hastalık, özürülük, ölüm durumlarının ve meydana gelen zehirlenmelerin nedenlerini sorgulayarak inceledik.

Araştırma bünyesinde köylerde bulunan umumi yerlerin durumunu da yapılış, uygun kullanım, aydınlatma, havalandırma, ısıtma, bakım ve temizlikleri açısından araştırdık.

• Su Güvenliği

İnsanlar için hayati önemi haiz maddelerin en önemlilerinden biri sudur. Ancak, insan sağlığı için vazgeçilemez olan suyun temiz ve güvenilir olmaması hâlinde insan sağlığı tehlikeye girebilmekte ve büyük halk sağlığı problemleri ortaya çıkabilmektedir.

İçme suları insanın yaşamını sürdürebilmesi için hayati önem taşımaktadır. İçme sularını kaynaktan dağıtım noktalarına kadar bir bütün olarak görerek arıtımı, dağıtım şebekesi, muslukları, su depoları ve su borularını da dâhil edecek şekilde izlenmesi amacıyla “Su Kalitesi İzleme Programı”nı oluşturduk.

İçme-kullanma suyu için oluşturulan veri toplama sisteminde suyun kalitesi, denetim izlemesi ve kontrol izlemesi şeklinde değerlendirilir. Her iki izleme şeklinde de kimyasal, fiziksel ve mikrobiyolojik parametreler yer almaktadır. Ancak, denetim izlemesinde radyoaktivite dâhil yaklaşık 52 parametre yer almaktadır.



Denetleme ve kontrol izlemesi parametrelerinden herhangi birinin uygunsuzluğu durumunda düzeltici önlemlerin ve kullanım sınırlamalarının yapılması için gerekli tedbirleri aldırıyoruz. Uygunsuzluk durumlarında tüketicileri bilgilendiriyor, gerekli uyarıları yapıyoruz. Uygun çıkmayan analiz sonuçlarını, halkın bilgisine sunmak amacıyla Bakanlık internet sitesinde yayımlıyoruz.

11. Çalışanların Sağlığı

Uluslararası Çalışma Örgütü verilerine göre; dünyada her yıl yaklaşık 250 milyon kişi iş kazaları, 160 milyon kişi meslek hastalıkları sonucu ortaya çıkan zararlara maruz kalmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nden alınan bilgilere göre her yıl dünyada 11 milyon yeni meslek hastalığı vakası oluşmakta, bu vakaların 700 bini meslek hastalıkları nedeniyle hayatını kaybetmektedir.

Ülkemizde çalışanların önemli bir çoğunluğu temel iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerine yeterince erişememektedir. Bu nedenle iş sağlığı hizmetlerinin etkin, yaygın ve erişilebilir hâle gelmesini temin etmek üzere mevcut sağlık hizmetleri sunumuna iş sağlığı hizmetlerinin entegre edilmesi gerekmektedir.

Bu amaçla çalışanların sağlığı ve güvenliği önlemlerinin geliştirmesi çalışma sağlığı ve güvenliğine ilişkin ölçüm, meslek hastalıklarının ortaya çıkarılması, iş yeri hekimliği, danışmanlık, eğitim hizmetleri, meslek hastalıkları hastaneleri, denetim gibi hizmetlerin yeniden yapılandırılarak geliştirilmesi; Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği alanında politika olarak yer almaktadır.

İş sağlığı alanında 2010-2014 yılları arasında yürüteceğimiz hizmetler hakkında bir eylem planı oluşturduk. Ayrıca bu eylem planından bazı maddeleri de Bakanlığımız stratejik planına aldık. Bu hedeflerin başlıkları şunlardır:

Hedef 1. İş sağlığı hizmetleri kapsamını ülkemizdeki tüm çalışanları içine alacak şekilde genişletmek.

Hedef 2. Türkiye'de iş sağlığı sorununun gerçek boyutunu saptamak.

Hedef 3. Meslek hastalıkları mortalite ve morbiditesini azaltmak.

İş sağlığı hizmetlerinin etkili, erişilebilir, nitelikli bir şekilde sürdürülmesi ve yaygınlaştırılması, mevcut sağlık hizmetleri sunumuyla bütünleştirilmesi için Dünya Sağlık Örgütü ile iş birliği içinde "Temel İş Sağlığı Hizmet Modeli"ni geliştirdik.

Nisan 2010'da Bakanlık olarak, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ile "İş Sağlığı ve Güvenliği" alanında iş birliği protokolü imzalandı. Protokol kapsamında öncelikli olarak koruyucu iş sağlığı hizmetleri, meslek hastalıklarının önlenmesi ve erken tespiti konularında ulusal politika ve eylem planı oluşturulması konusunda iş birliği yapıyoruz.

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ile birlikte Bakanlığımızca çıkarılan yönetmelikle, toplum sağlığı merkezlerinin kurumsal olarak iş yeri hekimliği hizmeti verebilmesine imkân sağladık.



12. İklim Değişiklikleri

İklim değişiklikleri son yıllarda dünyanın karşı karşıya kaldığı en önemli küresel sorunlardan biridir. Ayrıca halk sağlığı için de çok ciddi tehdit oluşturmaktadır. Son dönemlerde yapılan çalışmalar, iklim değişikliğinin küresel hastalık yükü ve ölümlerin artışına yaptığı etkinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Bütün dünyada olduğu gibi ülkemizde yaşayan insanlar da iklim değişikliği nedeniyle meydana gelen aşırı sıcaklık, sel, fırtına ve deniz seviyesinin yükselmesi gibi şiddetli iklimsel olaylardan doğrudan etkilenmektedir. Bu nedenle su ve yiyecek kalitesinde, ekosistemde, tarımda, endüstride, yerleşim yerlerinde ve ekonomide meydana gelen değişikliklere ise dolaylı olarak maruz kalmaktadır. Bu maruziyet, halk sağlığı üzerinde; bulaşıcı hastalıklar, vektörlerin yol açtığı hastalıklar, aşırı sıcakların neden olduğu ve etkilediği hastalıklar açısından ciddi tehdit oluşturmaktadır.

İklim değişikliğinin Türkiye’de halk sağlığı üzerindeki etkilerini değerlendirmek üzere “Türkiye’de İklim Değişikliğinin Sağlık Üzerine Etkileri” başlıklı bir rapor hazırladık. Bu rapor doğrultusunda iklim değişikliğinin sağlık etkilerini en aza indirmek amacıyla “İklim Değişikliği Sağlık Eylem Planı”nı oluşturduk.

TÜRKİYE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI



C. UYGULAMA

2. Teşhis ve Tedavi Hizmetleri



Koruyucu sağlık hizmetlerinin önemi tartışılmaz. Ancak hastaların da yerinde ve zamanında gerekli tedaviyi alması önemlidir. Sağlık hakkı, vazgeçilemez ve ertelenemez bir insan hakkıdır.

1. Sağlıkta Ayrımcılığın Kaldırılışı: Kamu Hastanelerinin Tek Çatı Altına Alınması

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın hedeflerinden biri olan verimlilik, "Kaynakları uygun şekilde kullanarak maliyeti düşürüp aynı kaynakla daha fazla hizmetin üretilmesi" olarak tanımlanmaktadır. 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.

Yukarıdaki çerçevede hastanelerin tek çatı altında birleştirilmesi ile sağlık hizmeti sunumunda rol alan bütün kaynaklarımızı halkımızın hizmetine seferber etmeyi hedef aldık. Bu dönemde Sağlık Bakanlığı olarak SSK hastanelerini devralarak hastane kapılarında vatandaşlarımızın önüne konan engelleri kaldırdık ve vatandaşlarımız arasındaki ayrımcılığı son verdik. Böylece daha önce dengesiz yükler altında kalan hastanelerimiz, SSK'lı, BAĞ-KUR'lu, devlet memuru, emekli ya da Yeşil Kartlı ayrımı yapmaksızın dengeli biçimde bütün vatandaşlarımıza hizmet eder hâle geldi.

Kamuda sağlık hizmetine erişme güçlüğü çeken birçok vatandaşımız, hizmet alma imkânına kavuştu. SSK hastanesi-devlet hastanesi ayrımının ortadan kalkması, vatandaşlarımıza tercih imkânı sunulmasının yanında primini ödeyen, sağlık güvencesi altında olduğu hâlde hakkını elde edemeyen kişilerin hizmete erişiminin sağlanması açısından çok hakkaniyetli bir uygulama oldu.

Tablo 6. Türkiye'de Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelerde Toplam Muayene Sayısı (milyon)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Sağlık Bakanlığı	110	114	135	165	189	210	217	228	235	254
Üniversite	9	10	11	11	13	15	18	19	20	24
Özel	6	6	7	11	16	24	39	48	48	59
Toplam	124	130	153	187	218	249	274	295	303	338

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğu



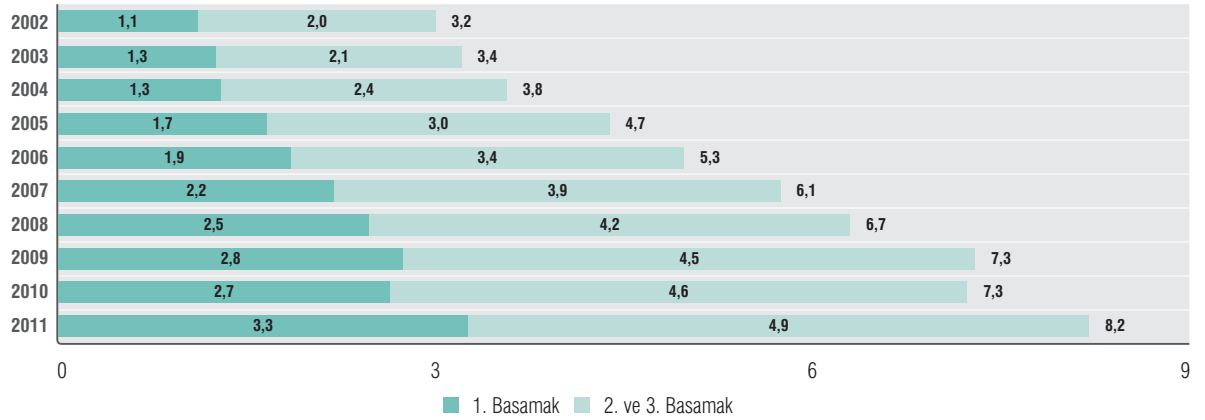
Tablo 7. Türkiye’de Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanede Kişi Başı Muayene Sayısı

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Sağlık Bakanlığı	1,7	1,7	2,0	2,4	2,7	3,0	3,0	3,1	3,2	3,4
Üniversite	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3
Özel	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,3	0,5	0,7	0,6	0,8
Toplam	1,9	1,9	2,3	2,7	3,1	3,5	3,8	4,1	4,1	4,5

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sağlıkta dönüşüm ile vatandaşlarımızın sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştı (Tablo 7-9). 2002 yılında kişi başı hekime müracaat sayısı 3,2 iken 2011 yılında bu sayı 8,2’ye çıktı (Grafik 55; Tablo 6).

Türkiye’de Yıllara Göre Sağlık Kuruluşlarında Kişi Başı Hekime Müracaat Sayısı



Grafik 55

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Tablo 8. Türkiye’de Yıllara ve Sektörlere Göre Yatan Hasta Sayısı (bin)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Sağlık Bakanlığı	4.170	4.278	4.860	5.042	5.303	5.675	5.960	5.935	6.361	6.775
Üniversite	782	838	922	1.026	1.165	1.263	1.386	1.463	1.509	1.607
Özel	556	619	659	909	1.220	1.782	2.338	2.504	2.658	3.054
Toplam	5.508	5.735	6.441	6.977	7.689	8.720	9.684	9.902	10.528	11.437

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü



Tablo 9. Türkiye’de Yıllara ve Sektörlere Göre Toplam Ameliyat Sayıları (bin)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Sağlık Bakanlığı	1.072	1.130	1.442	1.690	1.985	2.217	2.464	1.830	2.039	2.209
Üniversite	307	326	375	452	508	560	638	547	577	617
Özel	219	237	260	393	580	787	1.087	1.131	1.215	1.374
Toplam	1.598	1.693	2.078	2.535	3.073	3.565	4.189	3.508	3.831	4.201

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

2. Özel Hastane Kapılarının Herkese Açılması

Sağlıkta Dönüşüm Programı’nda ülkemizin sağlıkla ilgili bütün sektörel kaynaklarının sistem içine alınarak birbiriyle uyumunun sağlanması ve böylece verimliliğin artırılması öngörülmektedir. Hastanelerin tek çatı altında birleştirilmesi bu amacın hayata geçirilmesinde somut bir adım oldu.

Önemli bir diğer adım ise, özel sektörün gerçekleştirdiği yatırımların 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, sağlık hizmetlerinde kalitenin her iki sektörde de topyekûn artmasına vesile oldu, Bu etki, gittikçe daha fazla fark edilecektir. Özel sağlık kurum ve kuruluşlarının kapılarını kamu sigortası kapsamındaki vatandaşlarımıza açışımız, devlet hastanelerinin iş yükünün karşılanabilir kalmasına katkı vermektedir.

Böylece sağlık hizmetlerinde büyük ölçüde kamuda olan yük, kısmen özel sağlık kuruluşları ile paylaşılarak sağlık hizmetlerinin sunulması kolaylaştırıldı. Aynı zamanda, özel sağlık sektöründe kayıtlı çalışma arttı. Bunun sonucunda üretilen değerler üzerinden kamuya ayrılan paylarda artışlar oldu. Sektör daha dikkatli denetlenmeye başlandı. Diğer yandan özel sağlık sektörü bu uygulamayla yeni bir ivme kazandı. Bu alanda önemli ölçüde yatırım gerçekleşti. Vatandaş korumak üzere özel hastanelerin alabileceği ilave ücretlere de kısıtlamalar getirdik. Acil ve yoğun bakım tedavilerini kamu ve özel tüm hastanelerde ücretsiz vermeye başladık. Özel hastanelerde yanık, kanser, yenidoğan, organ nakilleri, doğumsal anomaliler, diyaliz ve kalp damar cerrahisi işlemlerinden ilave ücret alınmamasını sağladık. Bu son uygulamalar, özel hastanelerin büyük çoğunluğunu giderek halk hastaneleri olma yönünde bir değişime yönlendirmektedir. Özel sağlık kuruluşları, bu sürece uyum aşamasındadır. Diğer taraftan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile özelleştirmelerin başladığı, uzman hekim kaynağının özel sektörde kullanıldığı iddiaları tamamen mesnetsizdir. Neticede 2002 yılında uzman hekimlerin % 48,8’i devlet hastanelerinde çalışırken 2011 yılında bu oran azalmadı. Aksine küçük bir artışla %49,4 oldu.



3. Hastanelerde Yerinden Yönetim

Hastanelere yetki devri, yönetim esnekliği, kendi kaynaklarını kullanma serbestliği verilmesi ve bunlarla birlikte çalışanlara döner sermayeden performansa göre ek ödeme yapılması verimliliği artırdı. Sağlık kuruluşlarımız hasta odaklı hizmet kurumlarına dönüştü.

Kamu hastanelerinin geçmişte mevcut olan hantal yapısını değiştirmek ve özel sektörün finansman gücünden yararlanmak amacıyla, 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 farklılık ve yönetim zaafı, SSK hastaneleri ile diğer kamu kurumlarına ait hastanelerin Sağlık Bakanlığının çatısı altında toplanması ve gerçekleştirilen yeni uygulamalarla son buldu.

Hastanelerimizin tamamında bilgi-işlem alt yapısını kurarak bütün hizmetleri kayıt altına aldık. Devlet hastanelerimizi, gerekli donanımına sahip olmak için yıllarca ödenek beklemekten kurtardık. Şimdi kamuya yatırım yükü getirilmeden hizmet araçları sağlanmakta ve bunların bedeli kurumun kazancı ile ödenebilmektedir.

Her geçen gün daha fazla yetki devredilen ve bugün bile büyük oranda yerinden yönetilen kurumlar hâline gelen hastanelerimiz yerinden yönetilen kamu kurumları olma yolundadır. Bu konu, Sağlıkta Dönüşüm Programı'na muhalefet edenlerce, özelleştirme emellerinin ön adımı olarak gösteriliyorsa da Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın böyle bir amacı yoktur.

4. Hastane Hizmetlerinde Yeniden Yapılanma

Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde kamu hastanelerini teknolojik olarak yeniledik ve kapasitelerini artırdık. Devlet hastanelerimizde kamu-özel ortaklığı şeklinde hizmet alımına başladık. 2002'de tüm devlet hastanelerinde 18 olan manyetik rezonans görüntüleme (MR) cihazı sayısını 2011'de 273'e, 121 olan bilgisayarlı tomografi (BT) cihazı sayısını 446'ya, 495 olan ultrasonografi (USG) cihazı sayısını 2.125'e çıkardık. Benzer artış özel sektör ve üniversite hastanelerinde de gerçekleşti (Grafik 56, 57, 63; Tablo 10).

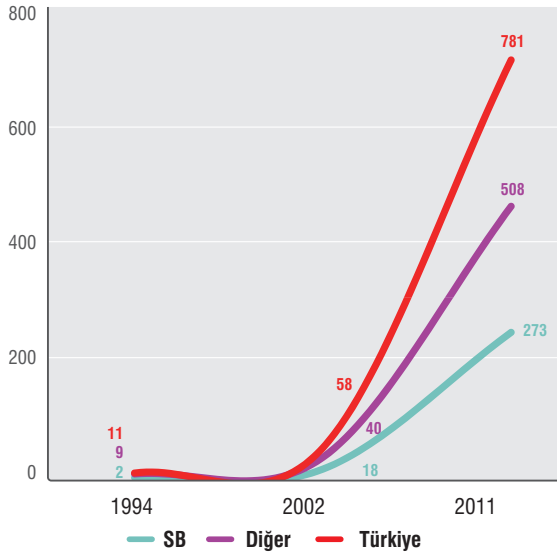
Tablo 10. Türkiye'de Yıllara Göre Yataklı Tedavi Kurumlarında Cihaz Sayıları

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
MR	58	99	149	199	310	410	517	647	697	781
BT	323	376	446	509	593	675	759	838	904	1.088
EKO	259	338	391	453	518	598	689	791	881	1.181
USG	1.005	1.164	1.309	1.493	1.699	1.900	2.117	2.283	2.436	3.775

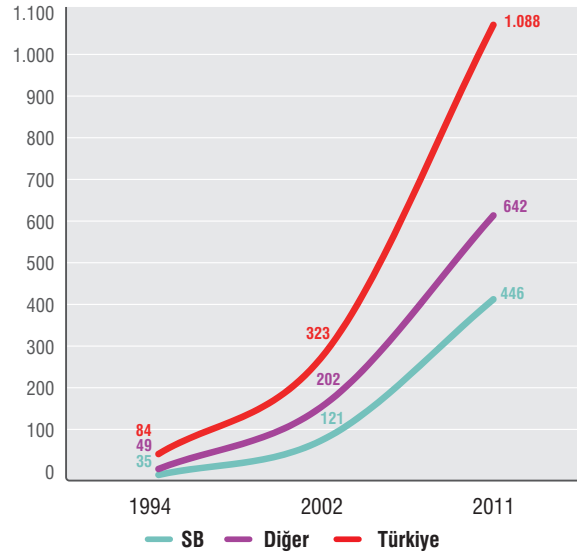
Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü



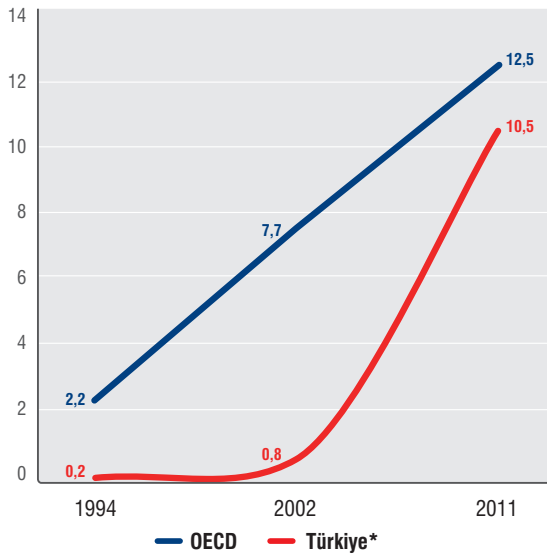
MR Cihaz Sayıları



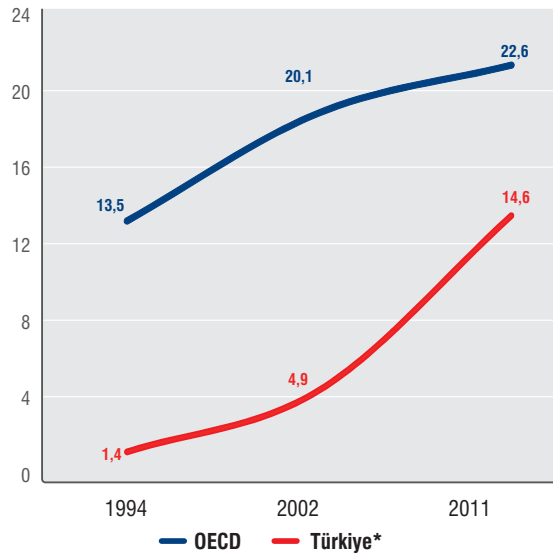
Bilgisayarlı Tomografi Cihaz Sayıları



Milyon Kişiyeye Düşen MR Cihazı Sayısı



Milyon Kişiyeye Düşen Bilgisayarlı Tomografi Sayısı



Grafik 56, 57, 58, 59

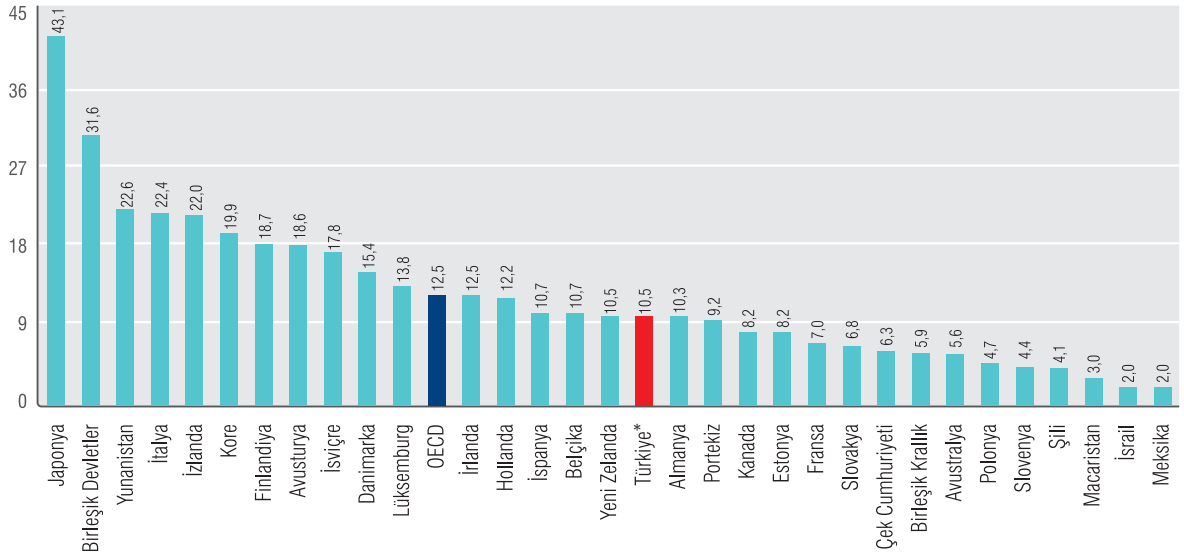
Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, OECD Health Data 2012

* Türkiye verisi 2011 yılına aittir.

Ülkemizde gereğinden fazla MR ve BT cihazının olduğu iddiaları gerçeği yansıtmamaktadır. Nitekim bir milyon kişiye düşen MR sayısı OECD ortalaması 12,5 iken Türkiye’de 10,5’tir. BT’de ise OECD ortalaması 22,6 iken Türkiye’de 14,6’dır (Grafik 57-60).



Yataklı Tedavi Kurumlarında Bir Milyon Kişiyeye Düşen MR Sayısının Uluslararası Karşılaştırması, 2010

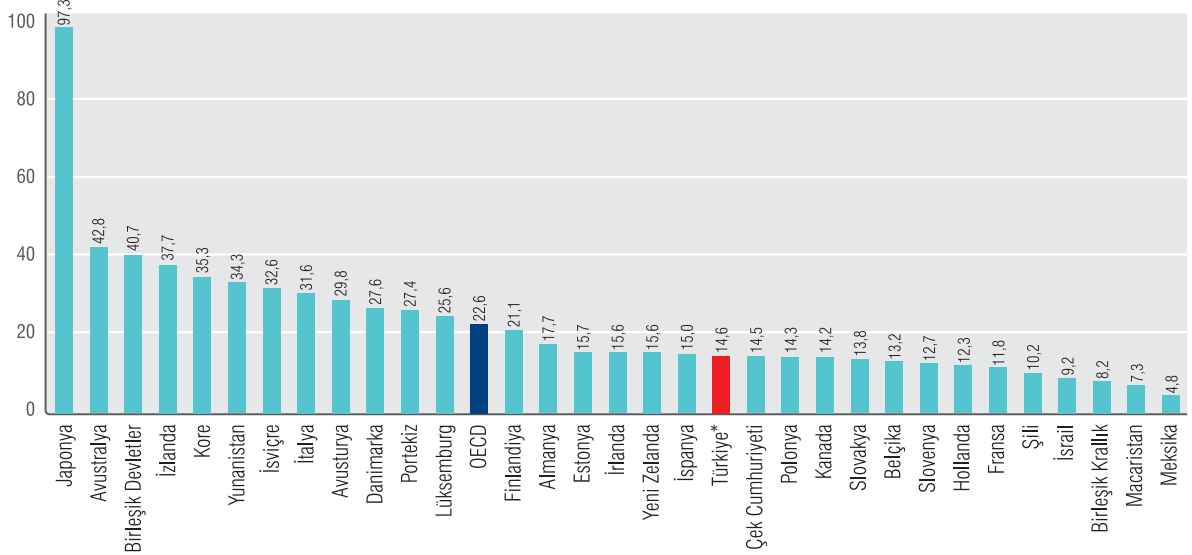


Grafik 60

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, OECD Health Data 2012

* Türkiye verisi 2011 yılına aittir.

Yataklı Tedavi Kurumlarında Bir Milyon Kişiyeye Düşen BT Sayısının Uluslararası Karşılaştırması, 2010



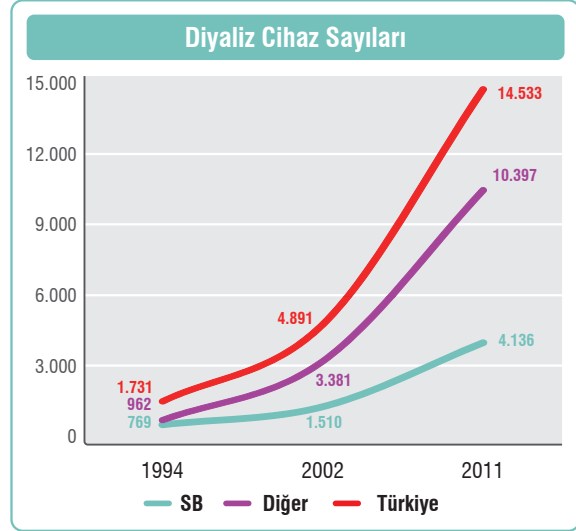
Grafik 61

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, OECD Health Data 2012

* Türkiye verisi 2011 yılına aittir.



2002 yılında kamuda 1.510 olan hemodiyaliz cihaz sayısını 2011 yılı sonu itibarıyla 4.481'ya çıkardık (Grafik 62). Hem kamuda, hem de toplamda Türkiye'de hemodiyaliz cihaz sayısını yaklaşık 3 kat artırdık. Hemodiyaliz ihtiyacı olan hastalarımızın düzenli ve yeterli tedavi almalarını sağladık. Böylece Türkiye'de kronik böbrek yetmezliği hastalarının yaşam süreleri büyük ölçüde uzadı. Bu durum diyaliz programındaki 2002 yılında 23.255 olan hasta sayısını 2011 sonu itibarıyla 53.576'ya yükseltti. Bu olumlu gelişmeyle birlikte böbrek nakli ihtiyacı da büyük ölçüde arttı.



Grafik 62

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Bugün Türkiye'nin her tarafında diyaliz hastaları, evinden alınıyor; evine bırakılıyor ve bu hizmet için hiçbir ücret ödemiyorlar.



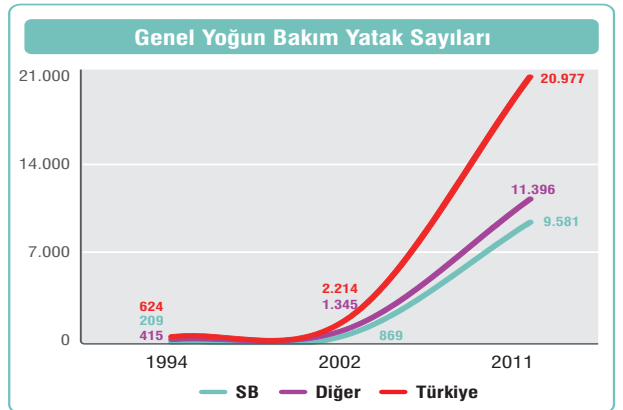
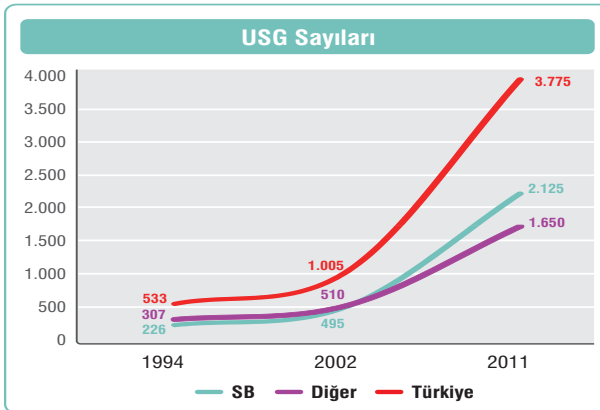


Tablo 11. Türkiye’de Yıllara Göre Yataklı Tedavi Kurumlarında Cihaz Sayıları

	Cyberknife			Robotik Cerrahi		
	SB	Diğer	Toplam	SB	Diğer	Toplam
2002	0	0	0	0	0	0
2011	3	4	7	3	9	12

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

2002 yılında kamuda 869 olan yoğun bakım yatak sayısını 11 kat artırarak 2011 yılı sonunda 9.581’e çıkardık (Grafik 64). Bu arada modern tıbbın hizmetine giren son teknoloji cihazları birçok gelişmiş ülkeyle aynı zamanda, vatandaşlarımızın hizmetine sunduk (Tablo 11). Böylece hastanelerimizi tıbbi cihaz fakiri olmaktan kurtardık (Grafik 56-59, 62-63).



Grafik 63, 64

Kaynak : Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü



5. Hasta Hakları

A. SABİM

Vatandaşlarımızın ihtiyaçlarını karşılamak ve sağlık sisteminde yaşanan sorunları yerinde ve eş zamanlı tespit ederek, en hızlı şekilde çözmek için 2004 yılında SABİM'i hizmete soktuk.

SABİM ile kurumsal halkla ilişkiler hizmeti yürütüyoruz. Vatandaşların bilgi alma ihtiyaçlarını karşılıyoruz. Sağlık sistemi işleyişi sırasında mağduriyet yaşayanların sorunlarına doğrudan çözüm bulunmasını sağlıyoruz. Tüm önemli değişikliklerden Bakanlık yönetiminin, vatandaşların talepleri aracılığıyla haberdar olmasını sağlıyoruz.

Sağlık sisteminin herhangi bir aşamasında yaşanan bir sorun için 184 SABİM hattının aranması özdenetim mekanizmasını harekete geçiriyor. SABİM operatörleri tarafından kayıt altına alınan başvurular SABİM çözümleyicilerince değerlendirilerek ilgili illere sevk edilmektedir (Grafik 65). Bu başvurular illerdeki SABİM çözümleyicileri tarafından en hızlı ve en doğru şekilde çözümlenmektedir.



SABİM ile Hayata Dokunmak

Aradan geçen 10 yıla yakın sürede doğrudan ilgi alanına girmeyen konularda bile vatandaşlarımızdan gelen yardım çağrısına büyük bir özveriyle cevap verdik. Vatandaşımızın karşılaştığı çok farklı sorunların çözümüne de katkı sağlayan bir çözüm merkezine dönüştük.

SABİM sağlık iletişim hattı olmakla birlikte, "vatandaşa hayır dememe" prensibi ile karşılaşılan problemin çözümüne tüm boyutları ile katkı sağlamayı amaçladık. Aşağıdaki başvuru bir sosyal ve tıbbi destek örneğidir.

Borçka'daki Aileye Uzanan Yardım Eli!

(SABİM'in aranma tarihi: 23.03.2011)

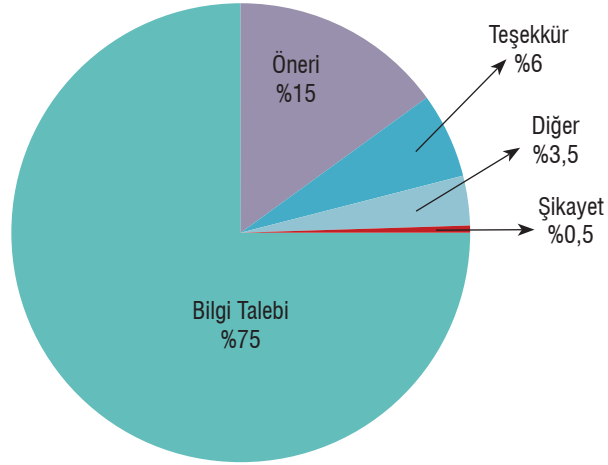
Sorun: SABİM'i arayan kişi, Artvin'in Borçka ilçesi Araklı köyünde yaşayan 8 kişilik ailenin yaşam koşullarının çok kötü olduğunu belirtti. Ayrıca evde yatalak bir hasta olduğunu ve hastanın bu sağlıksız koşullarda bakılmasının imkânsız olduğunu bildirdi. Aile için yardım talebinde bulundu.

Çözüm: Konu SABİM'e iletildikten sonra, ilk olarak aile, evde sağlık hizmetleri ekibi tarafından değerlendirildi. Yatalak hasta, evde sağlık hizmeti kapsamına alındı. Normal şartlarda SABİM sağlık hizmetini sağladıktan sonra başvuruyu sonlandırabilirdi. Ancak ailenin sosyal problemlerine çözüm üretilmesi gerekiyordu. Borçka Belediye Başkanı ile görüşülerek evin fiziksel şartlarının düzeltilmesi ve temizliğinin yapılması sağlandı. Belediye kaynaklarından gıda ve ekonomik destek alındı. Daha sonra Borçka Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı kanalıyla düzenli yardım yapılması için başvuru ve gerekli işlemler SABİM tarafından yapılarak takip edildi.

Ailenin tüm bu ihtiyaçları giderildikten sonra başvuru kapatıldı. Ayrıca ailenin durumu hâlen takip ediliyor.



SABİM'e Başvuru Oranları (%)



Grafik 65

Kaynak : Sağlıkın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü

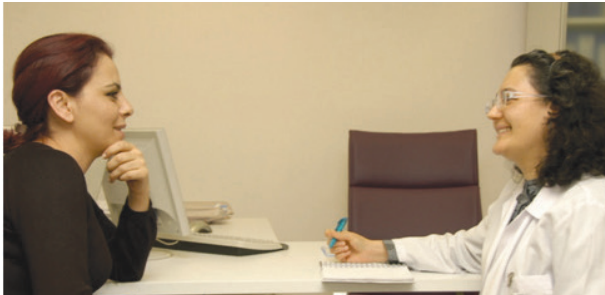
B. Hasta Hakları Birimi

Hastaların haklarının ihlal edilmediği, her aşamada bilgilendirildiği ve onayının alındığı, hiçbir ayırım yapılmadan her türlü tedaviyi aldığı, hekimini ve kurumunu seçebildiği, mahremiyete hassasiyetle uyulan bir sağlık hizmeti hedefledik. Bu amaçla ilgili mevzuat doğrultusunda devlet hastanelerimizin tamamında "Hasta Hakları Birimi"ni faaliyete geçirdik.

Vatandaşımız, hizmet alma hakkını temin için oluşturduğumuz hasta hakları birimlerine sözlü veya yazılı olarak ihtiyaçlarını iletiyor; kendisine gerekli yardım ve ilettiği konuyla ilgili düzeltici işlemler yapıyor.

Hasta Hakları Kurul Üyeleri şu kişilerden oluşuyor:

- Kurul Başkanı: Başhekim yardımcısı
- Hasta Hakları birim sorumlusu
- Şikâyet edilen personelin birim sorumlusu
- Hasta hakları konusunda faaliyet gösteren sivil toplum kuruluşu temsilcisi
- Valiliğin belirlediği bir vatandaş
- İl Genel Meclisi üyesi





- Varsa hastanın avukatı
- 4688 sayılı Kamu Sendikaları Kanunu'na göre kurumda yetki almış sendika temsilcisi

Hasta Hakları Kurulu'nun çalışmaları şöyle gerçekleşir:

- Hasta Hakları Birimi'ne gelen şikâyetler bir gün içinde kurul üyelerine dağıtılır.
- Şikâyet edilen personelden bir gün içerisinde bilgi istenir.
- Personel iki gün içinde kurula cevap verir.
- Personelden istenen bilgiler, en geç bir gün içinde kurul üyelerine ulaştırılır.
- Tarafların dışındaki kişilerin görüşleri gerekirse kurul başkanının görevlendireceği bir kişi tarafından alınır. Alınan bu görüşler bir gün içinde kurul üyelerine tekrar dağıtılır. Kurul kararları gizli oylama ve oy çokluğu ile alınır. Hasta Hakları Kurulu tarafından kusurlu bulunan personel hakkında ilgili mevzuata göre idari işlem yapılır. Alınan karar, Hasta Hakları Birim Sorumlusu tarafından hastaya iletilir. Daha sonraki yasal süreç ve yapabilecekleri hakkında bilgi verilir.

C. Hekim Seçme Hakkı

En temel hasta haklarından olan “Hekim Seçme Hakkı” uygulamasını Eylül 2004'te 11 hastanemizde başlattık. 2010 yılı sonu itibarıyla tüm hastane ve ADSM'lerimizde “Hekim Seçme Hakkı” uygulamasına geçtik (Grafik 66).

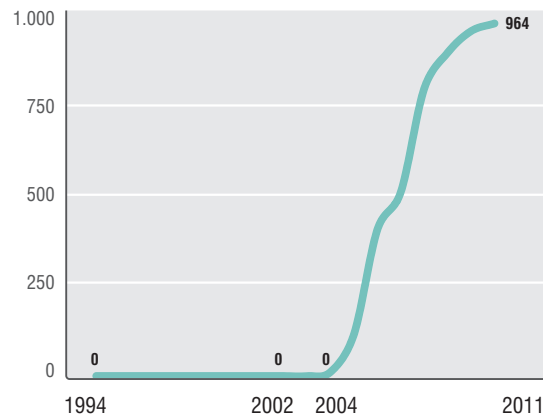
Hastalar Hekimini Nasıl Seçiyor?

- Vatandaşın hekimlerin poliklinik yapacağı gün ve saat hakkında bilgilendirilmesini sağlayacak listeler yapıyoruz.
- Poliklinik girişlerine hekimlerin isim ve uzmanlık alanlarının bulunduğu panolar asıyoruz.
- Hastanenin internet sayfalarında hekimlere ait bilgileri bulunduruyoruz.
- Polikliniklerdeki sekreterler vasıtasıyla vatandaşın hekim seçme hakkında bilgilendiriyoruz.
- Poliklinik kapısındaki ekranlarda hasta sıralarının yer almasını sağlıyoruz.
- Nihayet MHRS ile bunu en kolay biçimde sağlıyoruz.



HASTANEMİZDE HEKİMİNİZİ
SEÇEBİLİRSİNİZ

Hekim Seçme Hakkı Tanınan Hastane ve ADSM Sayısı



Grafik 66

Kaynak : Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü



6. Çalışan Güvenliği Uygulamaları

Sağlık çalışanlarına yapılan saldırılara karşı aldığımız tedbirleri, başlattığımız uygulamaları bütüncül bir “Sağlık Çalışanını Koruma Programı” hâline dönüştürdük. “Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Eylem Planı”nı geliştirdik.



Beyaz Kod uygulamasını başlattık. Bu uygulama ile olay mahalline en yakın güvenlik görevlilerinin süratle yönlendirilmesini sağladık.

Şiddet olaylarının bildirimini sağlık yöneticileri için zorunlu hâle getirdik. Sağlık çalışanlarına şiddet davranışı sergilendiğinde bildirilmesini sağlamak için ALO 113 Beyaz Kod hattını kurduk. Ayrıca bildirim için www.beyazkod.saglik.gov.tr internet sitesini kurduk. Hastanelerde kamera sayısını artırarak mahremiyet alanları hariç gerçek zamanlı, önleyici ve sıkı bir takip yapıyoruz.

Acil servislerde hasta, hasta yakınları ve sağlık çalışanlarının güvenliği için gerekli önlemlerin alınmasını sağladık. Hastanelerde “Çalışan Güvenliği Komiteleri” kurduk ve bu komitelerle birlikte çalışacak “Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimleri”ni oluşturduk.

Sağlık çalışanına şiddet uygulayan kişilere kamu davası açılmasını sağlıyoruz. Kamuda bir ilk olarak, herhangi bir şiddet olayı ile mağdur olan sağlık çalışanlarına hukuki destek uygulamasını getirdik.

Daha önce herhangi bir şekilde şiddet uygulayan hastaların uygun ortamlarda muayenelerini sağlıyoruz.

Hasta ve hasta yakınlarında gerginliğe yol açabilecek hassas bilgilendirmeleri yapmak üzere eğitim almış özel birimler oluşturuyoruz. Sağlık kuruluşlarında özel eğitim almış personel aracılığıyla vatandaşların bilgilendirilmesini sağlıyoruz. Sağlık personeline temel güvenlik, iletişim ve stres yönetimine yönelik eğitimler veriyoruz.

Şiddete eğilimli kişiler için bilgilendirici materyalleri, sağlık kuruluşlarımız, diğer kamu kuruluşları ve medya yoluyla vatandaşlarımıza ulaştırıyoruz. Medya kampanyalarımızı artırarak “Sevgi en iyi ilaçtır.” demeye devam ediyoruz.



7. Hastane Rollerinin Kurum Bazlı Belirlenmesi ve Gruplandırılması

A-1 Genel Eğitim Hastaneleri: Bakanlığımızca, ilgili mevzuata göre en az beş branşta eğitim yetkisi verilmiş ve buna göre eğitim kadroları tamamlanmış, üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin verildiği, eğitim araştırma faaliyetlerinin yürütüldüğü ve aynı zamanda uzman ve yan dal uzman tabiplerinin yetiştirildiği genel dal yataklı tedavi kurumları A-1 Grubu hastaneler olarak adlandırılır.

A-1 Grubu Yan Dal Eğitim Hastaneleri: Aşağıdaki kriterleri haiz eğitim ve araştırma hastanesi statüsündeki dal hastaneleri bu gruba girer. Bu hastanelerin;

1. Eğitim ve araştırma statüsünün bulunması,
2. Hizmet verdiği uzmanlık alanının gerektirdiği 3. basamak yoğun bakım ve/veya yenidoğan yoğun bakım ünitesinin bulunması,
3. Hizmet verdiği uzmanlık alanının gerektirdiği branş veya branşlarda üçüncü seviye acil servis hizmeti verebilmesi,
4. Eğitim Planlama ve Koordinasyon Kurulu oluşturulabilmesi gerekir.

A-2 Grubu Genel Hastaneler: Bölge sağlık merkezi statüsündeki illerde veya bu merkezlere bağlı illerde faaliyet gösteren, eğitim-araştırma statüsü bulunmayan ve aşağıdaki kriterlere uygun olan genel hastaneler, A-2 Grubu Hastaneler olarak adlandırılır. Bu hastanelerin;

1. Sağlık bölge merkezi konumundaki illerde (örneğin Erzurum) veya bu illere bağlı alt bölge merkezi olan illerde (örneğin Erzincan, Bayburt, Ağrı, Iğdır, Artvin, Ardahan ve Kars); ikinci basamak yataklı sağlık tesisi statüsünde faaliyet göstermesi,
2. Dahiliye, genel cerrahi, kadın hastalıkları ve doğum, çocuk hastalıkları olmak üzere en az dört branşın her birinden (ilgili branşlarda dal hastanesi bulunan yerleşim merkezleri hariç olmak üzere) 6 ve üzeri uzman tabip bulunması ve müstakil acil branş nöbeti düzenlenebilmesi,
3. Ağır ve yüksek riskli hastaların yatırılarak takip ve tedavilerinin sağlanabileceği; komplike hastaların kabul ve tedavi edilebileceği durumda olması,
4. Bünyesinde 3. seviye acil servis bulunması,
5. Bünyesinde 3. basamak yoğun bakım ünitesi bulunması,
6. Hastanenin statüsünün gerektirdiği tetkik ve tedavi hizmetleri ile görüntüleme hizmetleri ihtiyaçlarının kurum bünyesinde veya dışarıdan hizmet alımı yolu ile karşılanabilmesi gerekir.

A-2 Grubu Dal Hastaneleri: Eğitim ve araştırma hastanesi statüsünde olmayan tüm dal hastaneleri A-2 grubu dal hastaneleri olarak adlandırılır.



B Grubu Genel Hastaneler: A-1 ve A-2 Grubu hastaneler dışında kalan, il merkezlerindeki genel hastaneler ile güçlendirilmiş ilçelerde faaliyet gösteren ve aşağıdaki kriterlere uygun olan genel hastaneler B Grubu hastaneler olarak adlandırılır. Bu hastanelerin;

1. İl merkezinde veya güçlendirilmiş ilçe merkezi konumunda olan ilçelerde faaliyet göstermesi,
2. 24 saat esasına dayalı olarak dahili branş acil havuz nöbeti ve cerrahi branş acil havuz nöbeti tutulabilecek durumda olması,
3. Bünyesinde en az ikinci seviye acil servis ve ikinci basamak yoğun bakım ünitesi bulunması gerekir.

C Grubu Genel Hastaneler: C Grubu hastaneler, aşağıdaki kriterlere göre gruplandırılan genel hastanelerdir. Bu hastanelerin;

1. Güçlendirilmiş merkez ilçeler veya buralar ile irtibatlandırılmış ilçelerde faaliyet göstermesi,
2. Bünyesinde; dört ana branşta uzman tabibin hizmet vermesi ve ilave olarak diğer branşlardan en az ikisinden uzman tabip bulunması,
3. Bünyesinde en az birinci basamak yoğun bakım ünitesi ve birinci seviye acil servis bulunması gerekir.

D Grubu Genel Hastaneler: Aşağıdaki kriterlere uygun olarak güçlendirilmiş ilçeler ve buralarla irtibatlandırılmış ilçelerde faaliyet gösteren ve en az 25 hasta yatağı bulunan genel hastanelerdir. Bu hastanelerin;

1. Dört ana branşta, her branş için en az bir uzman tabip planlamasının yapılmış olması ve aile hekimi dâhil olmak üzere birden fazla uzman tabibinin mevcut olması,
2. Mevcut uzmanlık dallarında uzman düzeyinde poliklinik muayene hizmetleri verilebilmesi ve yatırılan hastalara uzman düzeyinde takip ve tedavisinin sağlayabilmesi,
3. Acil sağlık hizmetlerinin birinci seviye acil servis yapılanması içerisinde sunabilmesi,
4. Bünyesinde, ameliyathane, ameliyat sonrası bakım odası, diş polikliniği, doğumhane, monitörlü gözlem odası bulunması,
5. Diyaliz biriminin ihtiyaca göre yapılandırılabilmesi gerekir.

E Grubu Hastaneler: E grubu hastaneler, hasta yatağı sayısı 25 yatağın altında olan entegre ilçe hastaneleridir. Teşhis ve tedavi hizmetleri ile birlikte birinci basamakta sunulan sağlık hizmetlerinin de aynı yapı içinde sunulduğu sağlık tesisleridir.



8. Acil Servislerde Seviyelendirme ve Tescil

“Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ”i 16 Ekim 2009 tarihli ve 27378 sayılı Resmî Gazete’de yayımlayarak yürürlüğe koyduk.

Tebliğ, kamu ve özel sektöre ait yataklı sağlık tesisleri bünyesinde hizmet veren tüm acil servis, acil poliklinik ve üniteleri kapsamaktadır.

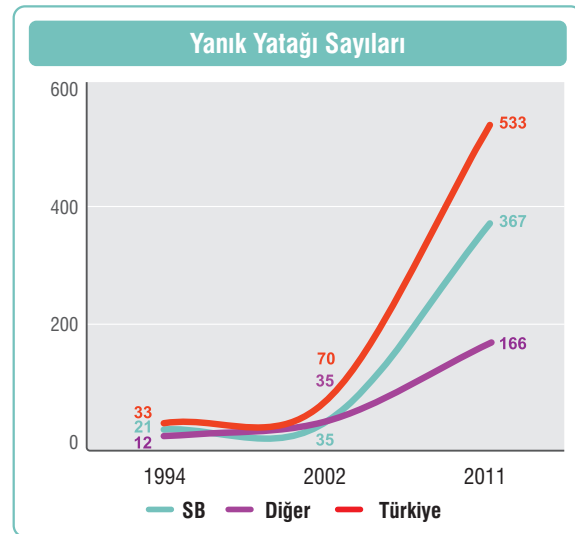
Tebliğde acil servislerin asgari personel ve hizmet kriterlerini, fiziki şartlarını ve ulaşım şartlarını, malzeme ve tıbbi teknolojik donanımına ait asgari standartlarını belirleyerek yeniden yapılanma sürecini başlattık. Acil servislerde hasta triyajı ve renk kodu sistemini uygulamaya koyduk. Üçüncü seviye acil servisi olan A grubu hastanelerin ve üniversite hastanelerinin acil servislerinde 24 saat kesintisiz uzman düzeyinde hizmet verilmesi için acil nöbet hizmetlerine ilişkin düzenlemeler yaptık. 112 Acil sağlık hizmetleri ile hastane acilleri arasında etkin bir koordinasyon sağladık.

Tebliğ doğrultusunda, Türkiye genelindeki tüm acil servisleri seviyelendirme ve standartlara uygunlukları yönünden tescil işlemlerine başladık. Aralık 2011 itibarıyla Sağlık Bakanlığı’na, özel sektöre ve üniversitelere ait yataklı sağlık tesislerinin %92’sini tescil ettik.

Mevcut koşullarda giderilebilecek eksikleri bulunan tesisler ile fiziki koşullarının yeniden yapılandırılması için süre isteyen tesislerin tescil süreci devam etmektedir. 2012 yılı sonuna kadar tescil işlemlerini bitirmeyi hedefliyoruz.

9. Yanık Tedavisinde Yeni Yapılanma

Yanık hastalarının enfeksiyon ve diğer ikincil sorunlara açık olması, bu hastalara özel bir ilgi ve bakım gösterilmesini gerekli kılmaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın başlangıç döneminde Bakanlığımız hastanelerinde sadece 35 yanık yatağı mevcuttu. 2011 yılı sonu itibarıyla yanık yatağı sayısını, 367’si Bakanlığımıza bağlı hastanelerde olmak üzere toplamda 533’e yükselttik (Grafik 67). Yanık yatağı sayısı 2002 yılına göre Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde 10,5 kat arttı. Türkiye’de bir ilk olarak 2009 yılında İstanbul’da Kartal Yanık Tedavi Hastanesi’ni faaliyete geçirdik.



Grafik 67

Kaynak : Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü



10. Hastane Enfeksiyonlarının Önlenmesi

Tıp alanındaki gelişmelere rağmen hastane enfeksiyonları tüm dünyada önemli bir sağlık sorunudur. Ciddi seyrederek ölümlere sebep olabilen hastane enfeksiyonları başta hasta güvenliği olmak üzere sağlık personeli, ziyaretçiler, sağlık dışı personel ve hâlk sağlığı için bir tehdittir. Hastaların hastanede yatış süresini uzatıp ülke ekonomisine de mâli yük getiren hastane enfeksiyonlarının sıklığını önlemler olarak azaltmak mümkündür.

Hastane enfeksiyonları ülkemiz için de önemli bir sorundur. Bu konuda gelişmiş ülkelerde son 50 yıldır ciddi çalışmalar yapılmasına rağmen ülkemizde ilgili uzmanlık alanlarının çalışmaları dışında konuyla ilgili çalışmalar ve idari destek çok yetersizdi. Bakanlık bünyesinde bu alandaki çalışmalara Eylül 2004'te başladık. Çalışmalarımızı, Bakanlığımız öncülüğünde tıp fakültesi ve eğitim araştırma hastanelerinden alanında uzman kişilerden oluşan Hastane Enfeksiyonları Bilimsel Danışma Kurulu görüşleri doğrultusunda yürütmekteyiz.

Yataklı tedavi kurumlarında sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolü alanında çalışmaları yürüten enfeksiyon kontrol komitelerinin görev yetki ve sorumluluklarına ilişkin usul ve esasları düzenleyen "Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği"nin 11.08.2005 tarihli ve 25903 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmesiyle yıllardır ihtiyaç duyulan yasal desteği sağladık. Çalışmalarımızı bu Yönetmelik temelinde yürütmekteyiz.

Bugün tüm yataklı tedavi kurumlarımızda enfeksiyon kontrol komiteleri Yönetmeliğe uygun olarak faaliyetlerini sürdürmektedir.

Kaliteli sağlık hizmeti sunumunun geliştirilmesinde önemli araçlardan biri, hizmet sunumunun gerektirdiği özelliklere uygun insan gücü yetiştirmektir. İlgili Yönetmelik gereği tüm yataklı tedavi kurumları; bin yatak için (tercihen ulusal/uluslararası sertifikaya sahip) bir enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanını enfeksiyon kontrol hekimi, her iki yüz elli yatak için Bakanlıkça sertifikalandırılmış enfeksiyon kontrol hemşireliği sertifikasına sahip bir hemşiresini enfeksiyon kontrol hemşiresi olarak görevlendirmekle yükümlüdür. 2007 yılından bu yana verdiğimiz enfeksiyon kontrol eğitimleri sayesinde 2011 yılı sonu itibarıyla 527 enfeksiyon kontrol hekimine ve 1.063 enfeksiyon kontrol hemşiresine ulusal sertifika verdik. Bilimsel Danışma Kurulu çalışmaları ile "Hastanelerde Havalandırma ve Kontrolü Kılavuzu"nu hazırladık. Hastane enfeksiyonları alanında yürüttüğümüz ciddi çalışmalar sonucunda 2006 yılından bu yana ulusal verilere ulaşip ulusal politikalar geliştirebiliyoruz.



İlgili Yönetmeliğe göre hastane yönetimleri, her yılın en geç şubat ayının sonuna kadar hastane enfeksiyon hızları ve sürveyans sonuçlarını içeren yıllık faaliyet raporlarını Bakanlığa bildirmekle yükümlüdür. Hastane enfeksiyonu verilerinin tek merkezde toplanıp analiz edilmesi, analizlerin değerlendirilerek geri bildirimlerin yapılması, hastane enfeksiyonlarının kontrolüne ve önlenmesine yönelik politikaların geliştirilmesi amacıyla “Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Sistemi”ni geliştirdik. Bu şekilde Bilimsel Danışma Kurulunun desteğiyle “Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Standartları”ni belirledik ve tüm hastanelere duyurduk.

Ayrıca hastanelerimizdeki mevcut ve yeni açılacak parenteral nütrisyon ünitelerini standardize ederek hastane enfeksiyonlarının azaltılmasına yardımcı olmak ve kurumun hizmet kalitesini artırmak amacıyla “Total Parenteral Nütrisyon İçin Güvenli Uygulamalar Rehberi”ni yayımladık.

Bakanlığımız bünyesinde geliştirip Ağustos 2007 tarihinde ulusal kullanıma açtığımız web tabanlı Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Ağı (UHESA) ile uluslararası standartlarda güncel hastane enfeksiyonu verilerini toplayıp analiz etmekteyiz. Hastaneler, UHESA’ya Bakanlığımız tarafından verilen şifrelerle erişerek hastane enfeksiyonu sürveyans verilerini girmekte, kendi hastane enfeksiyonu bilgilerine ulaşabilmektedir. Sağlık Bakanlığı’na bağlı yataklı tedavi kurumlarının UHESA’ya katılımını Mayıs 2008’de zorunlu hâle getirdik. Bugün UHESA üzerinden gün hastaneleri haricinde 1.019 yataklı tedavi kurumunun hastane enfeksiyonu hızlarına ve dirençli mikroorganizma sıklıklarına erişmekteyiz.

Dünya Sağlık Örgütü ile birlikte yürüttüğümüz “Türkiye Sağlık Sistemi Performans Değerlendirmesi” çalışmaları kapsamında veri kalitesine göre seçilen 42 göstergeden biri cerrahi alan enfeksiyon hızlarıdır. Bugün Avrupa Birliği ülkeleri içerisinde en gelişmiş sürveyans sistemlerinden birine sahibiz. Son on yılda katettiğimiz yolla, gelişmiş ülkelerin yaklaşık elli yılda geldiği noktaya ulaştık.

11. Merkezi Hastane Randevu Sistemi (MHRS)

MHRS, vatandaşların hastanelerimiz ile Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerimiz için 182 Çağrı Merkezi’ni arayarak gerçek zamanlı operatörlerden, istedikleri hastane ve hekim için randevu aldıkları bir uygulamadır.

MHRS’nin hedefleri şunlardır:

- Hastanelerde daha iyi bir kaynak planlanması (iş gücü ve teçhizat kullanımının etkin ve verimli planlanması) yapılarak vatandaş/hasta memnuniyetinin artırılması ve hastanelerde gereksiz bekleme sürelerinin sonlandırılması,





- Hastanelerde kaynak kullanımının ve dağıtımının ölçülmesi; iş gücü, makine ve teçhizat kullanımının etkin ve verimli uygulanması suretiyle, sağlık hizmetleri sunumunun veriminin ve kalitesinin artırılması,
- MHRS verileriyle, sağlık politikaları geliştirilmesine yardımcı olunması.

2011 yılında MHRS'yi tüm Türkiye'de yaygınlaştırdık. Ayrıca MHRS'ye internetten online randevu alınabilmesini sağladık. Hastanelerimizde günde ortalama 200 bin vatandaşımız MHRS ile randevu alarak muayene oluyor. MHRS ile randevu alarak muayene olma oranı %24'tür.

12. Evde Sağlık Bakımı Hizmetleri

Evde sağlık hizmetleri uygulaması kapsamında yatağa bağımlı hastalarımızın yaşadıkları ev ortamlarında kaliteli, etkin, ulaşılabilir ve güvenli sağlık hizmeti almasını sağlıyoruz. Aynı zamanda hastane yataklarının gereksiz yere kullanımının önüne geçerek sağlık hizmetlerine ait maliyetleri azaltıyoruz.





Evde Sağlık Hizmeti Birimlerince Verilen Başlıca Hizmetler:

- Muayene ve Konsültasyon Hizmetleri
- Hemşirelik Hizmetleri
- Laboratuvar Hizmetleri
- Sağlık Kurulu Raporlarının Oluşturulması - Süresi Dolan Raporların Yenilenmesi
- Sağlık Kurulu Raporu ile Alınması Gereken İlaçların Reçete Edilmesi
- Tıbbi Cihaz ve Malzemelerin Temini ve Zimmet Karşılığı Hastaların Kullanımına Tahsis Edilmesi
- Rehabilitasyon, Eğitim ve Destek Hizmetleri
- Evde Sağlık Hizmetleri Kapsamındaki Hastalara İhtiyaç Duydukları Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri.

13. Kardiyovasküler Cerrahi (KVC) Merkezleri Planlaması

2023 yılına kadar nüfusumuzun bugüne kıyasla %13 artacağı tahmin edilmektedir. Koroner kalp hastalığı için risk grubu olarak kabul edilen 40 yaş ve üstü nüfusun artış oranının ise yaşlanan nüfusumuz nedeniyle % 40 olacağı tahmin edilmektedir.

Bu dinamiklere göre, kalp-damar hastalarının sayısının artması söz konusu olabilir. Artış önlense bile bu hastaların erişimini kolaylaştırmak gerekmektedir. Bu sebeple Ulusal Kalp Sağlığı Politikası doğrultusunda ülke çapında uygulamaları geliştiriyoruz.

Bölgesel sağlık planlaması kapsamında 26 ilde, 24 saat acil mücadeleye hazır kardiyojji ve kalp damar cerrahisi merkezi kurmayı planladık. Çalışmalarımızı, belirlediğimiz 7 koordinatör hastanenin desteği ile başlattık. Söz konusu 26 ilde çalışan ilgili personeli eğitime aldık ve eğitimlerimizi büyük ölçüde tamamladık. 2011 yılı sonu itibarıyla 21 ilimizde kurduğumuz 43 merkezde kardiyovasküler cerrahi hizmeti vermekteyiz. Hastalarımız, artık kendi yaşadıkları yere en yakın merkezde KVC gibi son derece ileri teknoloji ve ekip gerektiren hizmetleri alabilir hâle gelmişlerdir.

KVC merkezlerinde en az altışar kalp damar cerrahisi uzmanı ve kardiyojji uzmanı görev yapmakta, 5 yataklı yoğun bakım (3. basamak) ve 10 yataklı servis bulunmaktadır.

Kalp hastalıklarına bağlı ölümleri en aza indirmek için kalp krizi geçiren hastaya en erken dönemde teşhis koymayı ve hastayı 90 dakika içinde kardiyojji veya iç hastalıkları uzmanı ile buluşturmayı ve gerekli uzmanlık müdahalesinin başlamasını hedefliyoruz.



14. Kan Hizmetleri

2007 yılında yaptığımız 5624 sayılı Kan ve Kan Ürünleri Kanunu ile Türkiye’de kan hizmet birimleri ile ilgili yapılanmayı başlattık. Bu yapılanma ile acil durumlar dışında, kanın toplanması ve dağıtılması görevini Kızılay’a verdik. Tüm Türkiye’de bölgesel yapılanma, Bakanlığımızın da desteğiyle Kızılay tarafından sürdürülmektedir. Kızılay, 15 bölge kan merkezi ve 56 kan bağış merkezi oluşturarak güvenli kan teminini hastanelerimiz bünyesinde açılan transfüzyon merkezleri ile iş birliği içerisinde karşılamaktadır. Geçiş döneminde Kızılay alt yapısını tamamlayarak kan kullanım oranları yüksek olan hastanelerin transfüzyon merkezlerine 1 yıllığına Süreli Bölge Kan Merkezi (SBKM) ruhsatı verildi. 2010 yılında 84 SBKM var iken 2012 yılında bu sayı 58’dir. Kızılay alt yapısını tamamlayıp hastanelerin kan ihtiyaçlarını karşıladıkça SBKM sayıları her yıl revize edilmektedir. Buralarda da hastalarımızın ihtiyacı olan kan ve kan ürünlerinin teminini sağlamaktayız. Kan hizmet birimlerinin denetimi ve Kan ve Kan Ürünleri Kanunu’nun uygulanabilirliği açısından, ülke çapında tüm il sağlık müdürlük personeli ve kan bankacılığı yapmış hekimlerden oluşan 213 kişilik sağlık çalışanına denetçi eğitimi verdik.

Kan bağışının önemini vurgulanması ve vatandaşlarımızda kan bağışı duyarlılığının artırılması için sivil toplum örgütleriyle birlikte kampanyalar düzenledik. 2002 yılında 326.337 ünite olan kan bağışını Kızılay’la birlikte yaptığımız çalışmalar, eğitim ve bilgilendirmelerle 2011 yılında 1.276.211 üniteye çıkardık. Bu sayede vatandaşlarımızın acil durumlarda kan ya da kan ürünü bulabilmek için kapı kapı dolaşmalarının önüne geçtik. Son derece değerli olan kan ürünlerinin kullanılmama dolayısıyla boşa gitmesini de önledik.

15. Organ Nakli Hizmetleri

Ülke genelinde böbrek nakli yapılan tüm merkezlerde nakil olmak isteyen kişilerin bilgileri, Bakanlığımız Ulusal Organ Nakli Bekleme Listesi Programı’na kaydedilmektedir.

Daha önceden Organ Nakli Ulusal Koordinasyon Merkezi (UKM) tarafından bu kayıtlar esas alınarak sadece böbrek nakli bekleyen hasta işlemleri ve kadavra donör dağıtım işlemleri gerçekleştirilmekte idi. Ülke genelinde canlı ve kadavradan gerçekleşen tüm (böbrek, karaciğer, kalp, akciğer, pankreas ve ince barsak) organ nakilleri ile organ bekleyen hasta bilgilerini içeren yeni Ulusal Organ Nakli Bilgi Sistemi oluşturduk. Bu sistemi, öncelikle organ nakil merkezleri, bölge koordinasyon merkezleri (BKM) ve UKM takip etmektedir.



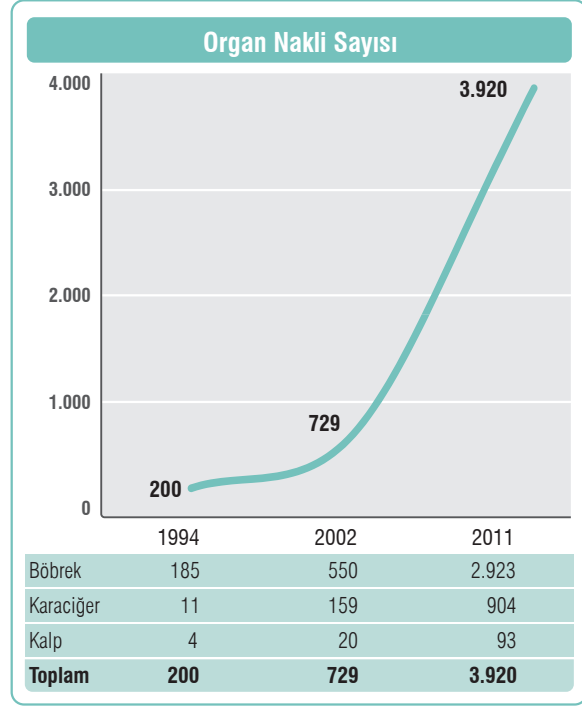
Organ nakli, bazı organları yerine koyma açısından tek kesin tedavi biçimidir. Bazı kronik karaciğer ve kalp rahatsızlıklarında ise durum üzücü olup diyaliz gibi yardımcı tedavileri olmadığı için hastalar organ bulamadıkları takdirde hayatlarını kısa sürede kaybetmektedir.

Bu durum, organ ve doku nakli hizmetlerinin sunumunda organ bağışının ve kadavra organ temininin artırılmasının önemini ortaya koymaktadır. Organ naklinde bekleme süresini kısaltmak için en etkin yollardan biri beyin ölümü bildirimlerinin ve kadavra organ bağışı sayısının artırılmasıdır.

İstanbul, Ankara, İzmir, Adana, Antalya, Samsun, Diyarbakır, Erzurum ve Bursa illerinde olmak üzere 9 Bölge Koordinasyon Merkezi; bağlı oldukları “Ulusal Organ ve Doku Nakli Koordinasyon Merkezi” ile kadavradan organ dağıtımında bağlantılı olarak çalışmaktadır.

Kadavradan temin edilen organları nakledileceği hastalara buluşturmak üzere Bakanlığımızın ambulans uçaklarını kullanmaktayız. 62 hastanede Böbrek Nakli Merkezi, 42 hastanede Karaciğer Nakli Merkezi, 16 hastanede ise Kalp-Akciğer Nakli Merkezini ruhsatlandırarak hizmete açtık.

2011 yılında kompozit doku nakilleri ile ilgili uygunluk kriterlerini belirledik.



Grafik 68

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

16. Doku ve Hücre Nakli Hizmetleri

Ülke genelinde organ ve doku nakli hizmetleri alanında çalışan kurum ve kuruluşlar için gerekli doku teminini sağlamak amacıyla kemik bankasının (Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi) ve kas-iskelet sistemine yönelik doku bankasının (Ankara Üniversitesi) açılmasını sağladık.

Organ ve kemik iliği nakli hizmetlerinde büyük öneme haiz doku tipleme laboratuvarları sayısının artırılması ve her bölgede hızlı doku tipleme yapılabilmesi amacıyla yeni ruhsatlandırmalar yaptık. Böylece tüm Türkiye genelinde doku tipleme laboratuvarı sayısını 32'ye çıkardık.



Ülke nüfusumuza oranla yılda yaklaşık 4 bin olması gereken kemik iliği nakli sayısı uygun verici bulunamadığından yılda yaklaşık 2 bin kişiyle sınırlı kalmaktadır. Yılda yaklaşık 2 bin kişi nakil için sıra beklemektedir. Kemik iliği nakillerinde vericilerin çoğu akraba dışı kişilerdir ve iliklerin çoğu yurt dışından temin edilebilmektedir.

Türkiye'deki kemik iliği verici sayısının 40 binin altında olması sebebiyle uygun iliğin bulunabilmesi için yurt dışı taramaları yapılmaktadır. Yurt dışı verici taramalarında bulunan uygun iliğin Sosyal Güvenlik Kurumunca bedeli ödenerek temini, ihtiyaç sahiplerinin işini kolaylaştırdı. Her bölgede aktif nakil merkezi olması ve hizmet sunumunun iyileştirilmesi amacıyla yeni merkezlere ruhsat ve faaliyet izni vererek nakil merkezlerinin sayısını artırdık. Aralık 2011 itibarıyla 17 pediatrik, 36 erişkin olmak üzere toplam 53 nakil merkezimiz mevcuttur.

Kök hücre konusunda Graft Versus Host Disease (GVHD) vakalarında mezenkimal uygulamalara bilimsel kriterler doğrultusunda izin vererek bu alanda dünyanın önde gelen ülkeleri arasında yer aldık. Ankara Üniversitesi'nde izin verdiğimiz bir çalışma ile spinal kord yaralanmalarında kök hücre nakli deneysel tedavisi 10 hasta üzerinde gerçekleştirildi.

Kornea bekleyen hasta sayılarımızın azaltılması ve kadavra donörlerden elde edilen kornea sayısının artırılması amacıyla yaptığımız çalışmalar doğrultusunda göz bankalarının sayısını 19'a çıkarttık. Her göz bankasına doku kaynağı merkezi bağlanması planını hayata geçirerek kadavradan elde edilen kornea dokusu sayısını artırdık.

Türkiye Kök Hücre Koordinasyon Merkezi (TÜRKÖK)

Son yıllarda giderek önem kazanan kök hücre ve kök hücre tedavileri konusunda karmaşayı engellemek için Türkiye Kök Hücre Koordinasyon Merkezi'ni (TÜRKÖK) kurarak faaliyete geçirdik. TÜRKÖK Projesi ile hedeflenenler aşağıda sıralanmıştır:

- Uluslararası standartların geliştirilmesi
- Hematopoetik kök hücre nakli ile ilgili merkezlerin koordinasyonunun bir çatı altında toplanması,
- Merkezlerin sayı ve kapasitesinin artırılmasına yönelik çalışmaların yapılması,
- Merkezlerden düzenli veri akışının sağlanması,
- Toplanan verilerin analizi ve merkezlerin eksiklerinin tespitinin yapılması,
- Merkezlerin kalite kontrol ve standartların belirlenmesine yönelik çalışmaların yapılması,
- "Ulusal Kemik İliği Bankası"nın ve "Akraba Dışı Kordon Kanı Bankası"nın kurulması ile hematopoetik kök hücre nakli yapılacak hastalar için imkânların artırılması,



- Yurt içinde HLA tipleri yapılmış gönüllü vericilerden ve Kordon Kanı Bankasına bağışlanan kordon kanlarından yapılacak tarama ile nakil bekleyen hastalara, hematopoetik kök hücre temini için koordinasyonun sağlanması,
- Yurt içinde gönüllü verici bulunamayan nakil bekleyen hastalara, yurt dışındaki bankalardan en kısa sürede hematopoetik kök hücre temini için koordinasyonun sağlanması,
- 2013'e kadar Türkiye'nin bütün bölgelerinden HLA tiplemesine sahip 250.000 kayıtlı gönüllü kemik iliği vericisinin kazanılması,
- 2013'e kadar toplam 50.000 kordon kanı bağışının kazanılması,
- Hedeflenen gönüllü verici sayısına ulaşabilmek için ilk aşamada 29 sağlık bölgesinde "Bölge Koordinasyon Merkezi"nin kurulması,
- Her bölgede, bölge koordinatörlerinin tespitleri doğrultusunda ihtiyaç duyulan sayıda "Gönüllü Verici Merkezi"nin kurulması,
- Ulusal Akraba Dışı Kordon Kanı Bankası ve Kordon Kanı Toplama Merkezleri'nin kurulması Bakanlığımız, üniversite, vakıf ve özel doğum hastanelerinden kordon kanı bağışı.
- Hematopoetik kök hücre nakli ile ilgili merkezlerin Avrupa Kemik İliği Donör Bilgi Sistemi (EMDIS), Dünya Kemik İliği Donörleri (BMDW), Dünya Kemik İliği Birliği (WMDA), Avrupa Kan ve Kemik İliği Transplantasyonu Grubu (EBMT) gibi uluslararası kuruluşlarla akreditasyon sürecinin başlatılması, entegrasyon ve koordinasyonun sağlanması,
- Tüm merkezlerde çalışan personelin eğitim ve sertifikasyonlarının tamamlanması,
- 2013'e kadar tüm merkezlerin kuruluş maliyetlerinin karşılanıp işletme maliyetlerinin ek bir ödenek almadan karşılanabilecek duruma gelmesi,

17. Replantasyon Uygulamaları

Uzuv ya da uzuvların bir parçasının kazalar ve benzeri sebepler sonucu kopması durumunda kopan kısımlarının erkenden yerine dikilebilmesi için zaman ile yarışılmakta ve işlemin gerçekleştirilmesi saatlerce sürebilmektedir. Replantasyon uygulamalarında sorun, vakayı doğru merkeze yönlendirmede, sağlık kurumları arasındaki koordinasyonsuzlukta ve organizasyonda yaşanan aksaklıklardan kaynaklanmaktadır.

Replantasyon uygulamalarının tedavi ve rehabilitasyon açısından yetersiz ve yetkilendirilmemiş merkezlerde yapılmasının uzuv kayıpları gibi olumsuz sonuçları olmaktadır.



Komplike el yaralanması veya ampütasyon nedeniyle kendi imkânları ile hastaneye başvuran hastalar, bilgilendirilmemeleri ve stabil hâle getirilmeden sevk edilmeleri sebebiyle hastane hastane dolaşmakta, 112 Acil ambulanslarıyla sevk edilen hastalar ise uygun merkezin bulunmasında yaşanan sıkıntılardan dolayı vakit kaybı yaşamaktaydılar. Ortaya çıkan zaman kaybı hastanın ameliyata alınmasında gecikmelere ve bu koordinasyon eksikliği hastanın sakat kalması sonucuna varan geri dönülmez kayıplara sebep olmaktadır.

Replantasyon uygulamalarının ülke genelinde yaygın ve etkin bir şekilde yürütülebilmesi için bölge merkezli planlamalar yaptık. Bu merkezlere yönelik, acil komplike el yaralanmaları ve ampütasyon vakaları için bir yönlendirme algoritması geliştirdik ve ilk aşamada İstanbul ilinde uygulamaya koyduk. Bu algoritmanın uygulanmasından ve aksaksız olarak yürütülmesinden 112 Acil Komuta Merkezi'ni yetkili ve sorumlu kıldık. Bu uygulamayı 2012 yılı sonuna kadar aşamalı olarak ülke geneline yaygınlaştırmış oluyoruz.

Bugün ülkemizde yıllık ortalama 1.000 civarında replantasyon yapılmaktadır. Komplike el yaralanmaları dahil yapılan mikro cerrahi uygulaması sayısı 4.600 civarında olmaktadır. Plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahisi uzmanları ile ortopedi ve travmatoloji uzmanlarından 168'ine el cerrahisi alanında yan dal uzmanlığı verildi. Bu konuda aktif çalışan uzman hekim sayısını 300'e çıkarmayı planlıyoruz.

Yaptığımız çalışmalar sonucunda, replantasyon yapabilen kamu sektörü ve özel sektöre ait merkezleri belirledik. Bugün hizmet bölgelerinin merkezlerinde yer alan toplam 22 ilde Sağlık Bakanlığı, üniversiteler ve özel sektöre ait hastanelerde komplike el yaralanmaları ve ampütasyon vakalarını tedavi edebilecek bir kapasite oluşturduk. Bu kapasitenin uygun koordinasyonu ile müdahale edilecek kişi uygun merkeze zamanında ulaşabilir. Müdahale için özel sektör kuruluşları dahil vatandaşın para ödemesi talep edilmiyor.

18. Geleneksel, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamaları

Geleneksel, tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları tüm dünyada ve ülkemizde yaygın olarak kullanılmaktadır.

Kasım 2011 tarihli ve 663 sayılı "Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname"si ile Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde "Geleneksel, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı"nı kurduk.



Bu yeni yapılanma ile amacımız; tedavi edici olduğu bilimsel olarak ispatlanmış bir yaklaşımın uygulama biçimlerini standardize etmek ve tanımlamak, uygulayıcıların konuyla ilgili eğitimi aldıkları ve gerekli becerileri kazandıklarını belgelendirmek, uygulayıcıların sorumluluklarını belirlemek, uygulamaları denetlemektir.

Bakanlık olarak geleneksel, tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamalarının bilimsel, mesleki ve etik prensipler içerisinde uygulanabilirliği için planlamalar ve düzenlemeler yapıyoruz. Kanıta dayalı olmayan uygulamalara izin vermiyoruz.

TÜRKİYE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI



C. UYGULAMA 3. İlaç ve Eczacılık



1. İlaç Fiyat Politikalarında Yeni Dönem

Sağlıkta Dönüşüm Programı oluşturulurken ilaçla ilgili tespitlerin başında, eski dönem ilaç fiyatlandırmaları ve 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 iş birliği 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 vurgulandı. Gerçekleştirdiğimiz 2004 tarihli “Beşeri Tıbbî Ürünlerin Fiyatlandırılmasına Dair Karar” ile ülkemizde bugüne kadar var olan kargaşa ve olumsuzlukları ortadan kaldırdık ve ilaç fiyatlandırmasına kamu yararı ve şeffaflık getirdik. Bu sayede ilaç fiyatlarında önemli derecede düşüşler elde ettik. Fiyatları Avrupa’da mevcut en düşük düzeylere çektik, bine yakın üründe %1 ilâ %80 arasında değişen fiyat düşüşleri gerçekleştirdik. Buna ilave olarak “referans fiyat takibi” ile süreçte fiyat indirimini mümkün hâle getirdik. Referans ülkelerdeki fiyat değişikliklerini üç aylık periyotlarla takip etmekte ve fiyat düşüşlerini ülkemizdeki fiyatlara yansıtılmaktayız.

Kamu maliyesinin yükünü hafifletmek üzere Maliye Bakanlığının başkanlığında Geri Ödeme Komisyonu oluşturarak, “Tek Geri Ödeme Sistemi” imkânı sağladık. Geri ödeme kurumlarımızın ortak kararı ile reçetelenen ilaçlar için en ucuz eş değer ilâcın %10 fazlasına kadar olan ürünlerin karşılığının ödenmesi kuralını getirdik.

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

İlaçta %18 olan KDV oranını %8’e düşürerek ilaç fiyatlarında önemli bir düşüş daha sağladık.

2009 yılında Beşeri İlaçların Fiyatlandırılması Hakkında Kararname’de oldukça radikal bir değişiklik daha yaparak “Orijinal bir ürünün jeneriği piyasaya çıktığında, ürünün fiyatı mevcut fiyatın %60’sını geçemez (hem orijinal hem de jenerik ürün için)” kuralını getirdik.

Sosyal Güvenlik Kurumu’nun ilaç alımlarında sağladığı iskontolar da kamunun ilaç için yaptığı ödemeleri önemli ölçüde azalttı. Hükümet olarak aldığımız bu kararlar sonucunda gerçekleşen bütün kazanımları vatandaşımızın sağlığı için yatırıma dönüştürdük, ilaca erişimi kolaylaştırdık.



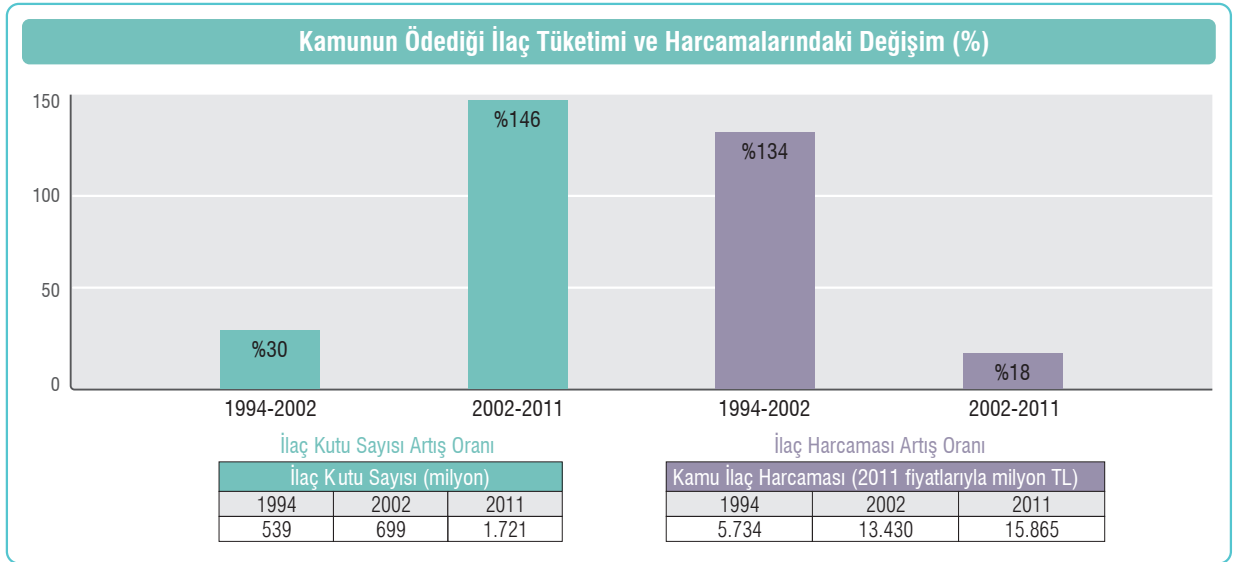
2. Eczanelerin Herkese Açılması

İlaç fiyatlarında sağlanan avantajları doğrudan vatandaşımıza yansıtarak, başta SSK ve Yeşil Kart'lılar olmak üzere vatandaşlarımızın ilaca erişiminin önündeki engelleri cesaretle kaldırdık. Sağlıkta dönüşüm sürecinde, ilaca düşük fiyatla ve kolayca ulaşılabilmesi yönünde atılan kararlı adımların sonuçlarını vatandaşımız yakından görmekte, bizzat yaşamaktadır.

Daha önce ilaçlarını sınırlı sayıda hastanelerden almak zorunda kalan, bir kısmı da bu yüzden ilacını SSK'dan alamayan ve bedelini cebinden ödemek zorunda kalan SSK'lı vatandaşlarımızın diğer vatandaşlarımız gibi serbest eczanelerden ilaç alabilmelerini sağladık. Yeşil Kart mevzuatında yaptığımız değişikliklerle yoksul hastaların ayaktan tedavilerini kapsam dahiline aldık ve yine bu vatandaşlarımızın da serbest eczanelerden ilaçlarını almalarını sağladık.

Bütün bu uygulamalarla, sağlık sisteminde geçmişte vatandaşlara uygulanan ayrımcılığı ortadan kaldırdık.

3. İlaç Tüketimi



Grafik 69

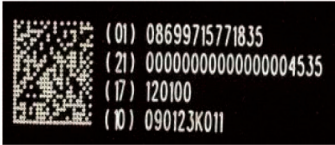
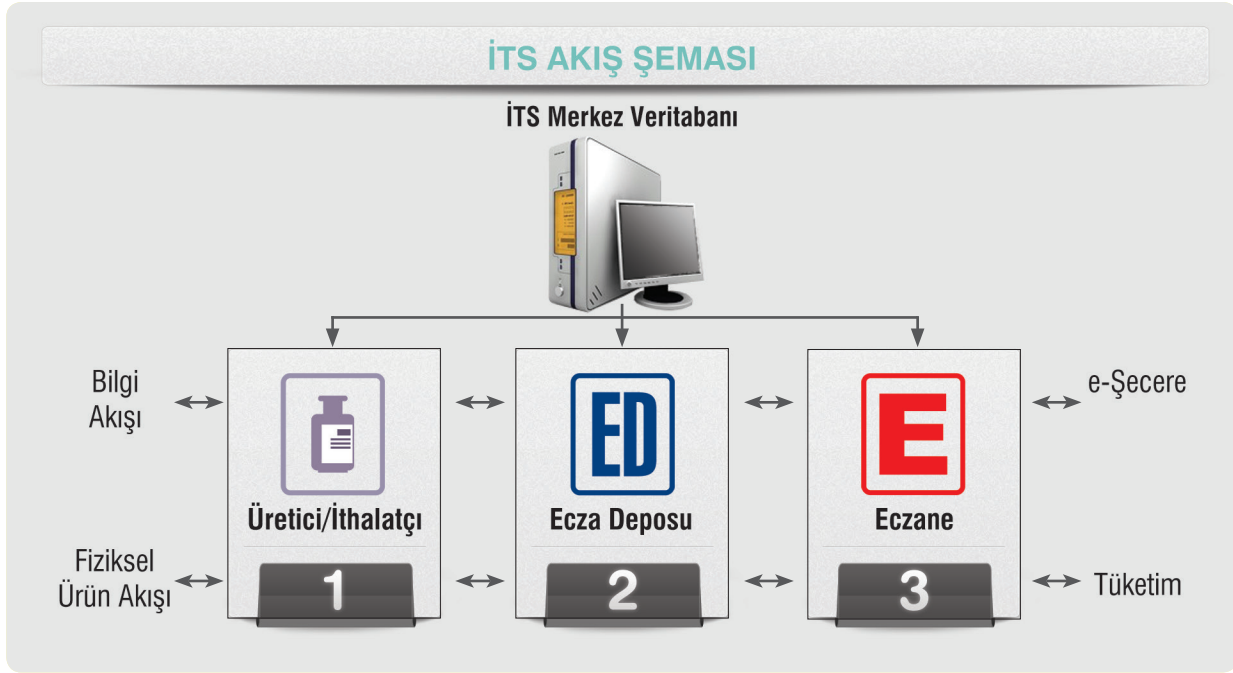
Kaynak: Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu

2011 yılında kamunun ödeme yaptığı ilaç kutu sayısı 1 milyar 720 milyon kutu oldu. Yani 2002 yılına göre %146 arttı. Aynı dönemde kamunun ilaç harcaması ise 2011 yılı fiyatlarıyla 13 milyar 430 milyon TL'den 15 milyar 865 milyon TL'ye çıktı ve sadece %18 arttı (Grafik 69).

İlaçta sağlanan bu tasarrufu yukarıda zikredildiği gibi vatandaşımızın ilaca erişimini kolaylaştırmada kullandık.



4. İlaç Takip Sistemi (İTS)



Kısa adı İTS olan “İlaç Takip Sistemi”, Türkiye’de ilaçların her bir biriminin izlenmesi için kurulan bir altyapıyı tanımlar. İlaç Takip Sistemi, literatürde “İşaretle ve Takip Et” olarak tanımlanan yapının ilaçlara uygulanmış hâlidir. Ürünlerin tekilleştirilmesini sağlayan karekod ile ürünlerin işaretlenmesi sağlanırken; ürünün geçtiği her noktadan merkezi veri tabanına yapılacak bildirimler ile de takibi sağlanmaktadır.

İlaçların kaliteli ve güvenilir üretimi, dağıtımı, depolanması ve tüketiciye ulaştırılması Bakanlığımızın görevleri arasındadır. İTS öncelikle ilaç kalitesinde meydana gelebilecek sorunları, yerinde ve zamanında tespit ve hızlı müdahale amacına katkıda bulunabilmek için tasarlandı. Geliştirilen sistem ile piyasada bulunan tüm ilaçlar, kutu bazında bir takip numarası ile kayıt altına alınmakta ve üretimden itibaren tüketilmeye kadar her aşamada takip edilmektedir. Bu sayede küpür yolsuzluğu diye

bilinen sahtecilik önlenmekte, piyasada sahte ve kaçak ilaçların bulunması hemen hemen imkânsız hâle gelmektedir. Ayrıca piyasaya sürülen ilaçlarda, sonradan oluşabilecek ve toplum sağlığını tehdit edecek durumlarda hangi ilacın nerede bulunduğu noktasal olarak bilinmekte ve kolayca toplanması sağlanmaktadır.



İTS, dünyada ilk defa ortaya konulan “Merkezi Veri Tabanı”na bağlı ilaç takip sistemidir. 1 Ocak 2010 tarihinden itibaren üretilmiş olan tüm ilaçların üzerinde karekod bulunması ve üretici/ithalatçıları tarafından sisteme bildirilmesi mecburiyetini getirdik. 1 Temmuz 2010 tarihi ile de eczanelerde kupür kesme devrini kapattık. Ürünler İTS sistemine bildirilerek satılmaya başlandı. Tüm geri ödeme kurumları, ilaç ödemelerini sistem üzerinden kontrol ederek yapmaya başladı. Ayrıca ilacın geçtiği noktalardan biri olan hastaneleri de takip kapsamına aldık ve hastanelere giren ürünleri de takip etmeye başladık.

5. Akılcı İlaç Kullanımı

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yanlış ve gereksiz ilaç kullanımı, tedavi maliyetleri ve halk sağlığını etkileyen ciddi bir sorun olarak devam etmektedir. Bu nedenle akılcı ilaç kullanımı konusunda halkın ve sağlık çalışanlarının bilinçlendirilmesi ve eğitilmesi son derece önemlidir.

İlaç, ancak doğru kullanılırsa etkilidir. Ancak Dünya Sağlık Örgütü’nün sıkça dile getirdiği gibi tüm dünyada ilaçların yaklaşık % 50’si uygunsuz şekilde reçetelenmekte, satılmakta veya uygulanmaktadır. Tüm hastaların yarısından fazlası da doğru kullanılmamaktadır. Birçok ülkede ilaç kullanımının izlenmesinde ciddi sıkıntılar mevcuttur. Bu da doğru bilgiye erişmeyi güçleştirmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü’nün tanımlamasına göre akılcı ilaç kullanımı; “Kişilerin klinik bulgularına ve bireysel özelliklerine göre uygun ilacı, uygun süre ve dozajda, en düşük fiyata ve kolayca sağlayabilmeleri”dir.

Buradan akılcı ilaç kullanımının ilkelerini şu şekilde çıkarabiliriz:

- Doğru teşhise dayanmak
- Uygun ilacı seçmek gereken dozunu, uygun yoldan ve tedavi sanatı ile sunmak ve yeterli süre kullanmak
- Tedavi başarısını değerlendirmek, yan etkileri ve hastanın uyumunu izlemek
- Birden çok ilaç kullanılacaksa etkileşimlerini değerlendirmek
- Tasarlanan tedavinin gerçekleştirilebilirliğini ve maliyetini dikkate almak

Akılcı ilaç kullanımı ilkelerinin ülke çapında yaygınlaştırılmasına yönelik olarak 2010 yılında Akılcı İlaç Kullanımı Şube Müdürlüğü’nü kurduk.

Toplum çapında farkındalık oluşturmak ve hem sağlık çalışanlarının hem de halkın bu konuda bilgi sahibi olmasını sağlamak için uygulanacak yöntemleri, kısa, orta ve uzun vadeli olmak üzere planladık. Prospektüsleri sade ve anlaşılabilir hâle getirdik. Vatandaşlarımızın kullandığı ilaca ait her türlü bilgiyi rahatça anlayabilmesini sağladık.

Sağlık harcamalarının demografik, sosyal ve ekonomik sebeplere bağlı olarak sürekli şekilde artma eğitimi dikkate alındığında kaynak kullanımını etkin kılacak stratejiler gerekmektedir.



Yürütülecek projeler ile sağlık harcamalarında tasarruf sağlanırken, kamu sağlığının olumlu yönde gelişmesi de temin edilecektir. Akılcı ilaç kullanımını sağlayacak anlayışın oluşturulabilmesi için öncelikle bu alanda sorumlulukları olan kişilerin yeterince bilgi ve fikir sahibi olması gerekmektedir.

Akılcı İlaç Kullanımında Stratejilerimiz

1. Toplum bilincinin artırılması ve farkındalığın oluşturulması
2. Uygulanacak yöntemlerin geçerliliğinin tespitini sağlamak amacı ile periyodik ölçme ve değerlendirme yapılması
3. İlköğretim ders programında akılcı ilaç kullanımının yer alması
4. Bütün tıp fakülteleri, diş hekimliği fakülteleri ve eczacılık fakültelerinin müfredatlarında akılcı ilaç kullanımına yönelik bir programların yeterince yer alması
5. Teşhis tedavi kılavuzlarının güncellenmesi
6. Güncellenmiş teşhis ve tedavi rehberlerinin e-rehbere dönüştürülmesi
7. Türkiye İlaç Rehberi'ne web tabanlı erişimin sağlanması
8. Yapılacak tıbbi kongrelerde akılcı ilaç kullanımı prensiplerinin korunması ve bu konuda bir oturuma yer verilmesi

Türkiye'de, DSÖ'nün akılcı ilaç kullanımı tanımının öğelerinden olan "ilaca en düşük fiyatla ve kolayca erişim" hedefini gerçekleştirdik. Tanımda yer alan diğer hususlarda katetmemiz gereken mesafeler bulunmaktadır. Bu konuda Bakanlığımız hızla yol almayı hedeflemektedir.

TÜRKİYE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI



C. UYGULAMA

4. Sağlık Bilgi Sistemi



1. Sağlıkta e-Dönüşüm: Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi (USBS)

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın temel bileşenlerinden biri olan Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi (USBS), uygulamaya koyduğumuz reformların önemli aşamalarından biridir. Bu programla sağlık bilgi sistemlerinde ulusal standartlar geliştirdik ve bu sayede etkin bir bilgi sistemi altyapısı kurduk.

USBS, vatandaşlarımızın sağlık bilgilerine bireysel olarak ulaşabilecekleri bir altyapıya sahiptir. Kayıtlar, doğum öncesinden başlayıp hayatın tüm evrelerini kapsamaktadır. Sistem tüm ülkeyi kapsayan hızlı bir iletişim omurgasına sahip olup tıbbi görüntü transferine de imkan sağlamaktadır. Öte yandan bu sistemle sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşların insan gücü, taşınır, taşınmaz, idari ve mali verilerini de kayıt altına almak mümkündür.

e-Sağlık Projelerinin temel amaçları şu şekilde özetlenebilir:

- Sağlık veri standardizasyonunun sağlanması
- Veri analiz desteği ve karar destek sistemleri oluşturulması
- e-Sağlık paydaşları arasında veri akışının hızlandırılması
- Elektronik kişisel sağlık kayıtlarının oluşturulması
- Kaynak tasarrufunun sağlanması ve verimliliğin artırılması
- Bilimsel çalışmalara destek verilmesi
- e-Sağlık kavramının ulusal anlamda benimsenmesinin hızlandırılması

2. Türkiyede e-Sağlık Uygulamaları

A. Sağlık-Net

Sağlık-NET, sağlık kurum ve kuruluşlarında elektronik ortamda üretilen verileri standartlara uygun şekilde toplayan, entegre, güvenli, hızlı, genişleyebilen bir bilgi ve iletişim platformudur. Sağlık-NET, toplanan bu verilerden tüm paydaşlar için bilgiler üretir. Diğer bir ifadeyle tüm vatandaşlarımızın kişisel sağlık verilerinin merkezi bir yapıda kayıt altına alındığı bir sağlık veri bankacılığı modelidir. Yüksek bant genişlikli ve güvenli iletişim omurgasına sahiptir. Tüm sağlık hizmetlerinde verim ve kaliteyi artırmayı hedeflemektedir.

Sağlık-NET, sağlık sektöründe sorunların ve önceliklerin belirlenmesinde, önlemlerin alınmasında, sektör kaynaklarının ve yatırımların planlanmasında, sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin değerlendirilmesinde yeterli düzeyde veri toplar ve bunları işler.



Sağlık-NET, 3 ana bileşenden oluşmaktadır. Bunlar, Ulusal Sağlık Veri Standartları (USVS), Sağlık Kodlama Referans Sözlüğü (SKRS) ve web servisleridir.

Sağlık-NET'in alt yapısının temel özellikleri şunlardır:

- Sağlık kurumlarındaki farklı yazılımlardan standart veri transferi yapabilir.
- Hastalık yüküne, sağlık harcamalarına, demografik analizlere, gerekli ve yeterli bilgiye ulaşılabilen karar destek sistemi vardır.
- Uluslararası kurumlarla (DSÖ, EUROSTAT, OECD) paylaşılan göstergeleri takip eder ve raporlar.
- Mevzuat çerçevesinde uluslararası veri değişimi sağlar.
- Vatandaşın sağlık kayıtlarına ulaşmasına ve yönetmesine imkân sağlar.
- Erken uyarı sistemleriyle bilgiye hızla erişir.

A.1. Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü (USVS)

Küreselleşen dünyada bilginin öneminin giderek artması bilgiyi doğru bir şekilde elde etme ihtiyacını artırdı. Özellikle sağlık bilişimi alanında pek çok uluslararası standart geliştirilmektedir. Bu standartlar; verinin tanımlanması, aktarılması, saklanması, mahremiyetinin korunması ve analiz edilmesi aşamalarında nasıl bir yöntem izleneceği konusunda kurallar getirmektedir.

İlk iş olarak veri standardizasyonu için USVS geliştirme çalışmalarına başladık.

Sağlık hizmetlerinin doğru yönetimi için verileri tanımlamak, sınıflandırmak ve ölçmek önemlidir. Bir sağlık bilgi sistemi kurmadan önce toplanacak veriler tanımlanmalıdır. Standardize edilmiş bir yapı, veri toplama kalitesini artıracak, tekrarlı ve hatalı verileri azaltacak, toplanan verinin amacına uygun kullanılmasını sağlayacaktır. Bu yapı ile verilerde kavram birliği sağlanacak; bütünlük, doğruluk, güvenilirlik ve tutarlılık daha üst seviyelere çıkacaktır.

USVS analiz çalışmalarında çeşitli sağlık bilgi sistemlerini analiz ettik. Hangi birimin hangi verileri ürettiği, karar mekanizmasında hangi bilgilere ihtiyaç duyulduğunu inceledik. Dünya Sağlık Örgütü, EUROSTAT ve OECD için hazırlanan istatistikleri değerlendirdik.

USVS'nin en önemli fonksiyonu "karşılıklı işlerlik" temeli oluşturmasıdır. Bu nedenle sözlüğe yeni veri elemanı dahil ederken şu hususları gözönünde bulundurduk:

- Politika geliştirme, izleme, değerlendirme, denetleme, istatistik, analiz ve raporlama amaçlı kullanılıp kullanılmayacağı
- Herhangi bir bilginin elde edilmesinde yararı olup olmadığı
- Hasta dosyasında bulunması gereken bir veri olup olmadığı



- Hasta dosyasında yer alması gerekse de hekimin elektronik ortamda hızlı bir şekilde ulaşması gereken veri olup olmadığı,
- Sözlükte yer alacak verinin, hekim tarafından bilgi sistemine girilmesini ve kaydedilmesini gerektiren veri olup olmadığı.

USVS verilerin ulusal ve uluslararası standartlara uygun olarak tanımlandığı, tüm sağlık bilgi sistemlerinin referans olarak kullandığı, ilgili paydaşlar arasında terminoloji birliği sağlanan standartlar kümesidir.

Sağlık hizmetini planlayan ve sunan, hizmet sunumunda tedarikçi konumunda olan, bu hizmetten yararlanan, hizmet bedelini ödeyen tüm paydaşlar ile sağlık sektörüne insan gücü yetiştiren eğitim kurumlarının ihtiyaçlarını göz önünde bulunduran planlamalar yaptık. Tüm paydaşlarla yaptığımız analiz çalışmaları neticesinde Ulusal Sağlık Veri Standartları'nı (USVS) yayımladık.

USVS'nin 1.1 sürümünün 261 adet veri elemanı, 46 adet veri seti ve 41 adet veri paketi tanımladık. Veri elemanının tanımı yapılırken kavramsal ve teknik açıklamaları bir arada verdik. Her bir veri elemanının kavramsal olarak ne anlama geldiğini ve hangi özelliklere sahip olması gerektiğini tüm detaylarıyla ifade ettik.

USVS 1.1'in kapsamını genişleterek sağlık bilişim sektörünün değişen ve gelişen ihtiyaçlarına göre güncelledik. Mart 2012'de USVS 2.0 taslak sürümünü ilgililerin görüşlerini almak üzere yayımladık. Bu taslak sürüm, 400'den fazla veri elemanı ve 60'tan fazla veri setini barındırmaktadır.

A.2. Sağlık Kodlama Referans Sunucusu (SKRS)

Sağlık Kodlama Referans Sunucusu (SKRS), sağlık bilgi sistemi standartlarını ve kodlama sistemlerini bir araya getiren, bunları açık teknolojilerle (XML web servisleriyle) paylaşan, kolayca güncelleyen referans ve paylaşım sistemidir. SKRS'nin amaçları şunlardır:

- Sağlık bilişiminde kullanılan tüm kodlama ve sınıflama sistemlerini bir araya getirerek sistemin izlenebilir, ölçülebilir ve daha kolay yönetilebilir bir yapıya kavuşturulmasına katkı sağlamak
- Kamu sağlık kurumlarında ve özel sağlık kurumlarında kullanılan bilgi sistemlerinde ortak bir kodlama standardı oluşturmak
- Veri alışverişinde yaşanan veri uyumsuzluğunu ortadan kaldırmak ve birlikte çalışılabilir bir zemin sağlamak

SKRS içerisinde yer alan bazı standartlar şunlardır:

- Tanı sınıflama sistemi (ICD-10)
- İlaç kodları
- Klinik kodları
- Sağlık kurumu kodları
- Muhtemel teşhis kriterleri
- Aşı kodları



A.3. Web Servisleri

Sağlık-NET projesinin diğer bileşeni, sahadan veri toplama amacıyla kullanılan ve USVS’de tanımlanan “gönderim şemaları” için ayrı ayrı açılmış web servisleridir. Bu servislerin amacı veriyi üretildiği yerden toplamak ve Sağlık-NET veri tabanına aktarmaktır.

Gerekli iletişimi HL7 standartlarında geliştirdik. Tüm dünyada HL7 V.3’e yoğun bir ilgi ve geçiş çabası gözlenmektedir.

B. Tele-Tıp

Tele-Tıp, sağlık hizmetlerinin uzaktan sunulmasıdır. Tele-Tıp; radyoloji, patoloji, biyokimya ve elektrokardiyografi (EKG) gibi hizmet sunumlarının bilgi ve iletişim teknolojileri aracılığı ile konusunda uzman sağlık kurumlarınca verilmesidir.

Tele-Tıp Projesi’nin amaçları şunlardır:

- Hastayla ilgili tıbbi görüntülemelerin ve bilgilerin ortak bir elektronik alanda toplanması
- Sadece ilgili hekimlerin incelemesi ve raporlaması için güvenli ve hızlı bir elektronik ortamın oluşturulması
- İşlemlerin dijital ortama taşınarak filmsiz ve kâğıtsız hastane oluşturulması
- Uzaktan sağlık bakım hizmeti sunumunda bilgi ve iletişim teknolojilerinden yararlanılması
- Konsültasyon yapılabilmesi
- Hekimler arasında bilgi ve deneyim paylaşımının sağlanması
- Doğru ve hızlı tanı konulması
- Hasta değerlendirmelerinde kalitenin artırılması
- Hastane maliyetlerinin azaltılması ve verimliliğin artırılması
- Hasta memnuniyetinin artırılması

Tele-Tıp projesi ile tıbbi görüntülemelerin değerlendirilmesini uzaktan yapabiliyoruz. Bu projedeki temel hedefimiz, konusunda deneyimli radyoloji uzmanlarıyla konsültasyon yapmak, teknolojik donanım ve cihazları tam olan hastanelerimizde görüntüleme cihaz kapasitelerini tam kullanılabilir hâle getirmek ve bu imkânların sınırlı olduğu bölgelerdeki vatandaşlarımıza yerinde hizmet vermektir.

Tıbbi görüntüler, DICOM (Digital Imaging and Communications in Medicine) standardına uygun olarak SB-Net üzerinden Bakanlık tarafından yetkilendirilmiş görüntü veri merkezine gelmektedir. Görüntü veri merkezine gelen görüntüler raporlama merkezindeki radyoloji uzmanlarınca raporlanmaktadır. Bu raporlar, Tele-Tıp veri tabanına kaydedilmektedir. Görüntü veya raporlara ihtiyaç duyan doktor veya sağlık kurumu, yetkisi çerçevesinde bunlara erişebilmektedir.



Proje kapsamında başta eğitim ve araştırma hastanelerimiz olmak üzere 300'den fazla hastanemizde PACS (Görüntü Arşivleme ve İletişim Sistemleri) kurulması ile film basım ve arşivlemede önemli tasarruf sağladık. Böylelikle "kâğıtsız hastane"ye doğru önemli adımlar attık.

C. Elektronik Sağlık Kayıtları (ESK)

Elektronik Sağlık Kayıtları (ESK), vatandaşın sağlık verilerinin sağlık kuruluşlarında tutulduğu ve belirli kriterlerle SB-Net üzerinden paylaşılabilen güvenli bir bilgi sistemidir. ESK, demografik bilgilerden muayeneye, kronik hastalıklardan bağışıklamaya kadar çok geniş bir yelpazeyi kapsamaktadır.

Vatandaşlar ve doktorlar, ESK projesinde başlangıçta aşağıdaki kayıtlara ulaşabilecekler:

- Muayeneler
- Reçeteler
- Bebek ve çocuk izlemleri
- 15-49 yaş kadın izlemleri
- Gebe izlemleri
- Lohusa izlemleri

Bununla beraber sistemde vatandaşın bilgilerini girebileceği alanlar bulunacak. Vatandaş, yapmış olduğu ölçümleri kayıt edebilecek ve istenirse bu bilgileri aile hekimi veya hastayı takip eden diğer doktorlar görebilecek. Uygulama web tabanlı, mobil ve web servisleri ile hizmet verecektir.

3. Kurumsal Kaynak Planlama Sistemleri

Kurumsal Kaynak Planlama Sistemleri; kaynakların verimli kullanımını, planlanmasını, yönetimini sağlayan ve veriler ışığında bunları analiz eden sistemlerdir.

Kurumsal Kaynak Planlama Sistemi, Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi (ÇKYS)'ni kullanmaktadır. ÇKYS personel, taşınırlar ve kurumlarımız ile diğer sağlık kurumlarının izlenmesi için geliştirilen bir sistemdir. Şu bileşenlerden oluşmaktadır:

- İnsan Kaynakları Yönetim Sistemi (İKYS)
- Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemi (MKYS)



A. İnsan Kaynakları Yönetim Sistemi (İKYS)

İKYS, Bakanlık merkez ve taşra teşkilatındaki personel işlemlerini doğru, hızlı ve yürürlükteki mevzuata uygun olarak yürütülmesinde kullanılır. Sistem; atama, sicil, terfi, maaş ve tahakkuk gibi personel özlük işlemlerinin tümünü içerir.

Ayrıca pek çok işlemde postadaki zaman kayıplarını engelledik. Örneğin; bu sistem sayesinde açıktan personel atama işlemleri toplu olarak yapılabilmektedir. Bu atamalara dair tebligat dokümanları Elektronik Belge Yönetim Sistemi (EBYS)'nde otomatik olarak oluşturulabilir. 81 il sağlık müdürlüğü ve bini aşkın kurum, bu atamaları İKYS üzerinden anında görebilmektedir.

İKYS'de, Devlet Hizmet Yükümlülüğü (DHY) uygulamasına ilişkin tüm hesaplamaları tüm yetkili kullanıcılara açık olarak gerçekleştirmekteyiz.

Bu sistem sayesinde, kaynak planlanma süreçlerine il sağlık müdürlüklerinin de katılımını sağladık. Artık il sağlık müdürlükleri; "personel planlama ve talep formu" aracılığıyla mevcut bina, tesis, cihaz, nüfus gibi parametreleri göz önüne alarak talepte bulunmaktadır.

ÇKYS'deki verilerle özet tablolar oluşturularak ve Karar Destek Sistemi (KDS)'ne de aktararak çeşitli raporlar üretilmektedir.

B. Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemi (MKYS)

Bakanlığımıza bağlı tüm kurumların depolarındaki malzemelerin takibini, taşınırların fiyatlarının izlenmesini, ihtiyaç fazlasının tespitini ve demirbaşların zimmet takibini (İKYS ile entegre bir şekilde) gerçekleştiren sistemdir. Envanter Bilgi Sistemi, Malzeme Girişi, Ambar (Depo) Bilgi Sistemi, Dayanıklı Taşınır (Demirbaş) Bilgi Sistemi, Ulaşım Araçları Bilgi Sistemi, Tıbbi Cihaz Bilgi Sistemi, Bakım Onarım Bilgi Sistemi ve Firma Bilgi Sistemi gibi alt bileşenlerden oluşmaktadır.

MKYS'den, Türkiye'de hangi hastanede hangi ürünün stok fazlası olduğu tüm kullanıcılar tarafından izlenebilmektedir. Hastaneler, yeni bir ürün almak için ihaleye çıkacakları zaman öncelikle bu stok fazlalarını sorgulamakta ve ihtiyacı olan ürünleri satın almak yerine stok fazlası bildiren diğer hastanedeki ürünleri talep edebilmektedir. Bu sayede gereksiz alımların ve israfın önüne geçtik. Ayrıca tüm harcama birimlerince bir ürünün hangi fiyattan alındığı, miktarları ile birlikte izlenmektedir. Böylece aynı veya benzer ürünlerin satın alımlarındaki fiyat farklarını rahatlıkla karşılaştırabilmekteyiz.

MKYS verileri ile özet tablolar oluşturularak her gün Karar Destek Sistemi (KDS)'ne aktarılmakta, çeşitli raporlar üretilmektedir.

Ayrıca, MKYS'ye Hastane Bilgi Sistemleri'nden de veri aktarımı yapılabilmektedir.

MKYS, 2007 yılından beri aktif olarak kullanılmaktadır. Bu sistem, Türkiye'nin ve dünyanın sayılı büyük elektronik malzeme depolarındandır.



4. Karar Destek Sistemleri (KDS)

KDS; planlamalarda, stratejilerin belirlenmesinde ve kritik yönetim kararlarının alınmasında verilerin kullanılmasını sağlamak amacıyla oluşturulan sistematik bir yapılandırma. Yönetimin karar verme sürecinde kullanılacağı verilerin toplanmasını, depolanmasını, analiz edilmesini ve bu verilere kolay erişilebilmesini sağlar.

Örneğin, illere göre uzman hekim başına düşen nüfus, hem sayısal hem de grafiksel olarak gösterilmekte ve brans bazında uzman hekim açığı bulunan illerimiz kolaylıkla görülebilmektedir.

Bu sistemle, Bakanlık olarak verileri elektronik ortamda, doğrudan üretildiği yerden, standartlara uygun şekilde toplamayı ve her seviyeden kullanıcıya KDS-Coğrafi Bilgi Sistemi (CBS) ile raporlamayı hedeflemekteyiz. Örneğin, il sağlık müdürü kendi ilinde, Halk Sağlığı Kurumu Başkanı yurt genelinde aile sağlığı merkezlerinde teşhis edilen bulaşıcı hastalık sayılarındaki değişimi anlık olarak harita üzerinde görebilecek ve gerekli tedbirlerin alınmasını sağlayabilecektir.

Bakanlık olarak çeşitli ve büyük miktarlarda veri toplamaktayız. Karar destek raporlarının Coğrafi Bilgi Sistemi ile bütünleşik olarak kullanılması, başta bulaşıcı ve salgın hastalıklar olmak üzere birçok alanda erken uyarı sistemi fonksiyonu görecektir. Yöneticilere daha kolay ve doğru kararlar almalarında sayısız fayda sağlayacak olan KDS-CBS entegrasyonunu 2013'ün sonunda tamamlayacağız.

5. Diğer Uygulamalar

A. Elektronik Belge Yönetim Sistemi (EBYS)

Bakanlığımız merkez teşkilatında belge ve bilgi alışverişinin elektronik ortama aktarılmasını ve internet üzerinden bu bilgilerin anlık olarak yönetilmesini sağlamak üzere EBYS'yi kurduk.

Bu sistem ile kurum içi ve kurum dışı yazışmalarımıza ait süreçleri standart hâle getirdik. Yazışmalar için harcanan kaynakları (kâğıt, fotokopi, toner, insan gücü) asgariye indirdik. Taşra teşkilatımızın tamamında EBYS kurulmasına dair proje planımız hazır olup 2013 yılı sonunda kurumlarımız arasındaki yazışmaların tümüyle elektronik ortamda sürdürülmesini sağlamış olacağız.

Ayrıca fiziksel ortamda yaşanan sorunları önledik. EBYS içerisinde elektronik arşivleme de yapabilmekteyiz. Sağlanan en büyük fayda zaman tasarrufudur. Sistem içerisinde belge akışlarına dair çeşitli raporlar yer almaktadır.



B. Güvenli Elektronik İmza

Bakanlığımız merkez teşkilatında belge ve bilgi alışverişinin elektronik ortamda sürdürülmesi, belgelerin internet üzerinden anlık olarak iletilmesi ve yönetilmesi için Elektronik Belge Yönetim Sistemi'nde Güvenli Elektronik İmza entegrasyonu sağladık. Bakanlık merkez teşkilatı ve bağlı kurumlarda imza yetkisine sahip tüm çalışanlarımıza e-imza tedarik edilmektedir. e-imza edindirme ve kullanıcı alışkanlığı oluşturma süreçlerinin tamamlanmasını müteakip 2013 yılı sonunda kağıt üzerinde yazışmalara son vermeyi ve mobil imza entegrasyonunu planladık.

C. Özürlüler Veri Bankası

Özürlüler Veri Bankası, tüm özürlü vatandaşlarımızla ilgili bilgilerin tek elde toplanmasını ve bu bilgilerin veri tabanına kaydedilerek çeşitli raporlar sunulmasını sağlayan bir uygulamadır. Bu raporlar, özür derecesini belirlemekte ve buna paralel olarak özürlü vatandaşlarımızın sahip oldukları haklara erişimlerinin kolaylaştırılmasında etkin rol oynamaktadır.

Elde edilen bilgiler ayrıca web servisleri yoluyla Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı bünyesindeki Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü ile paylaşılmaktadır. İlgili kanunla özürlü sağlık kurulu raporu vermeye yetkili tüm hastaneler proje kapsamında yer almaktadır.

D. Yatırım Takip Sistemi (YTS)

Yatırım Takip Sistemi (YTS) Bakanlığımızın mali kaynaklarının ihtiyaca göre planlanması, birimler arasında dağıtılması, kullanılması ve takip edilmesini amaçlayan bir sistemdir. Sistem; Yatırım Bilgi Sistemi, Bina Bilgi Sistemi ve Doğrudan Temin Usulü alt modüllerinden oluşmaktadır.

Bu sistem sayesinde yapılan yatırımları, yatırım tekliflerini, inşaat seviyeleri, bina onarımları ve yapı, tesis revize işlemlerini takip ediyoruz. Yatırım Bilgi Sistemi aracılığıyla herhangi bir taşınmazı, ihaleden bitiş aşamasına kadar, hatta bitiş sonrasında da takip etmekteyiz. Gayri menkul yatırımlarına ilaveten binaların yangın söndürme sistemleri gibi sivil savunma altyapılarını da kayıt altına aldık.

Bina Bilgi Sistemi'nde Bakanlığımız kurumlarına ait binaların ili, bina adı, bina yaşı, depreme dayanıklılık testi sonucu gibi bilgiler bulunmaktadır. Sistem sayesinde, binaların fiziksel özelliklerini, sahiplik bilgilerini ve lojman bilgilerini de takip etmekteyiz.



E. Özel Sağlık Kuruluşları Bilgi Yönetim Sistemi (SKYS)

Özel Sağlık Kuruluşları Bilgi Yönetim Sistemi (SKYS), Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünce ruhsatlandırılan özel sağlık kuruluşlarının takip edildiği sistemdir. Bu sistem ile özel sağlık kuruluşlarının kimlik, ruhsat, cihaz, ambulans, donanım, laboratuvar, personel, iletişim ve hizmet kapasite dağılımı gibi bilgilerinin çevrim içi izlenebilmesini sağladık. SKYS, diğer ÇKYS bileşenleriyle de entegre olarak çalışmaktadır. Örneğin, bir özel hastanenin doktorlarının kaydı, SKYS aracılığıyla yapılmak zorundadır ve bu esnada da Doktor Bilgi Bankası aracılığıyla doğrulama işlemleri otomatik olarak gerçekleştirilmektedir.

SKYS, Ocak 2010'dan itibaren kullanılmakta olup sistemin geliştirilme çalışmalarına devam edilmektedir. Sistemle özel hastanelerin, dal merkezlerinin, tıp merkezlerinin, polikliniklerin, optik müesseselerin, muayenehanelerin, ortez-protez ve işitme uygulama merkezlerinin, laboratuvar ve benzeri kuruluşların takibini yapıyoruz.

F. Doktor Bilgi Bankası (DBB)

Doktor Bilgi Bankası, Türkiye'deki tüm hekimlerin kısa kimlik ve eğitim bilgilerini içerir. Hekimlerin şahsi bilgilerini görebilmesi ve kurumların da bu bilgilere yasal çerçeve içinde elektronik ortamda ulaşabilmesini ve bu bilgilerin web servisleri aracılığıyla paylaşılmasını sağlar.

TÜRKİYE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI



C. UYGULAMA

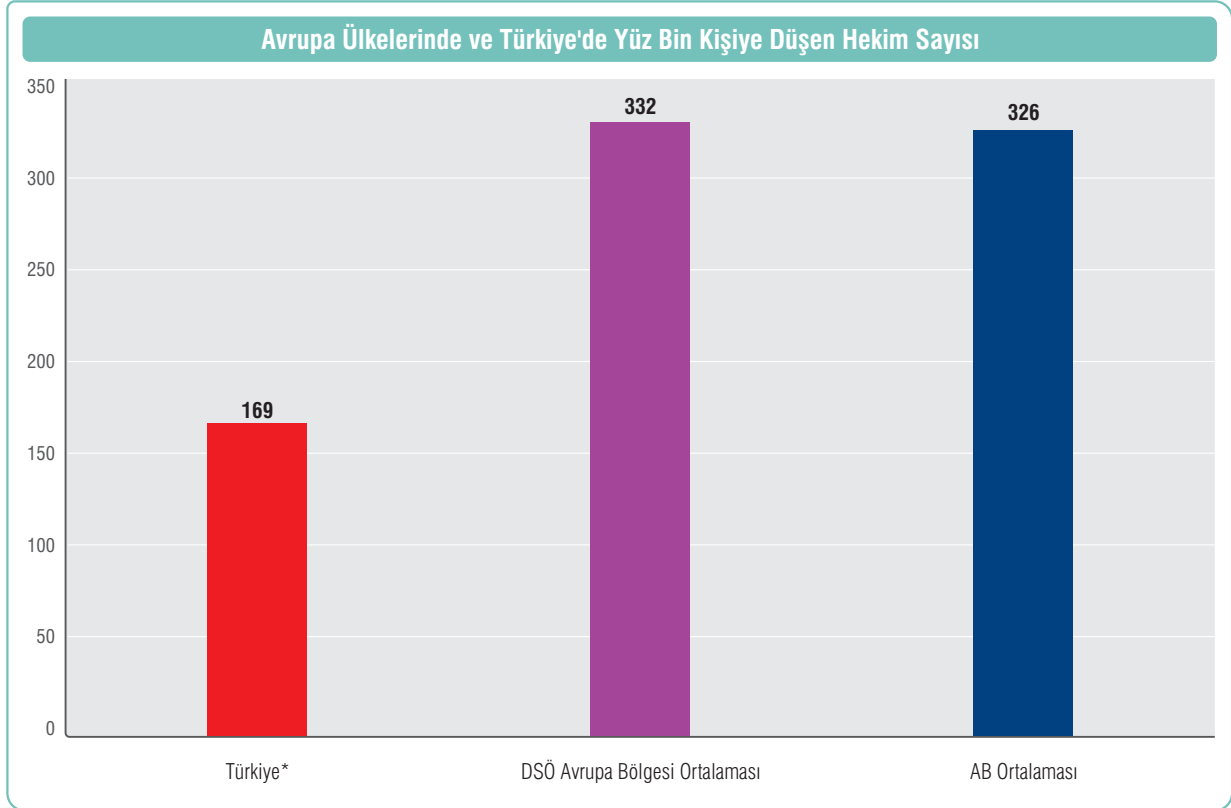
5. Kurumsal Yapılanma ve Kapasite Geliştirme



1. Sağlık İnsan İş Gücü

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 tutuldu. 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 kullanıldı. Dönüşüm sürecinin daha başından itibaren bu sayılardaki büyük yetersizliğe dikkat çektik. Aralık 2011 itibarıyla ülkemizdeki toplam hekim sayısı 126.029 olup yüz bin kişiye düşen hekim sayısı 169’dur (Grafik 70). Türkiye’de hekim ve hemşire sayısı başta olmak üzere sağlık insan kaynaklarında -eğitim kalitesinden taviz vermeden- sayının artırılması önemlidir (Grafik 70-74, 76-81). Yüz bin kişiye düşen doktor sayısı itibarıyla Türkiye, DSÖ Avrupa Bölgesi’nin en alt sıralarında yer almaktadır (Grafik70-74).

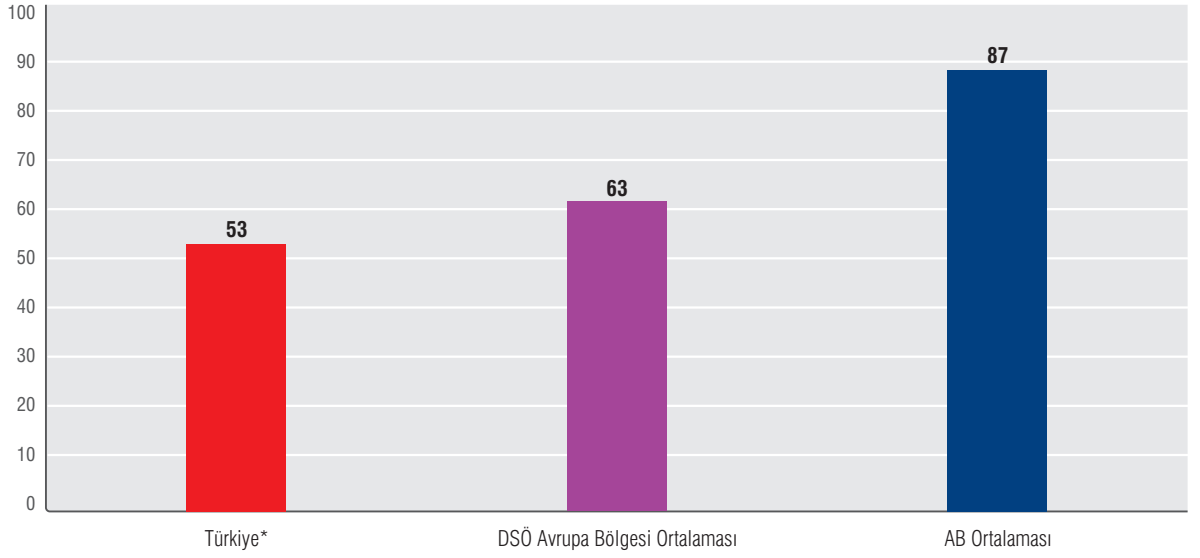


Grafik 70

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (*Türkiye için 31.12.2011 tarihli veriler esas alındı), World Health Statistics 2012



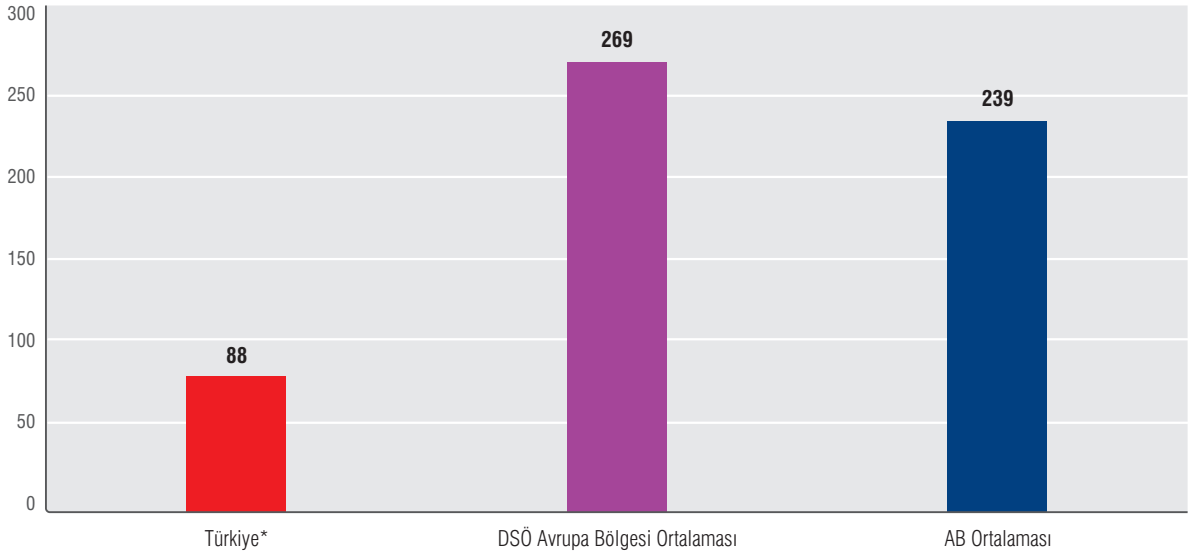
Avrupa ve Türkiye'de Yüzbin Kişiyeye Düşen Pratisyen Hekim Sayısı



Grafik 71

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (*Türkiye için 31.12.2011 tarihli veriler esas alındı), World Health Statistics 2012

Avrupa ve Türkiye'de Yüz Bin Kişiyeye Düşen Uzman Hekim Sayısı

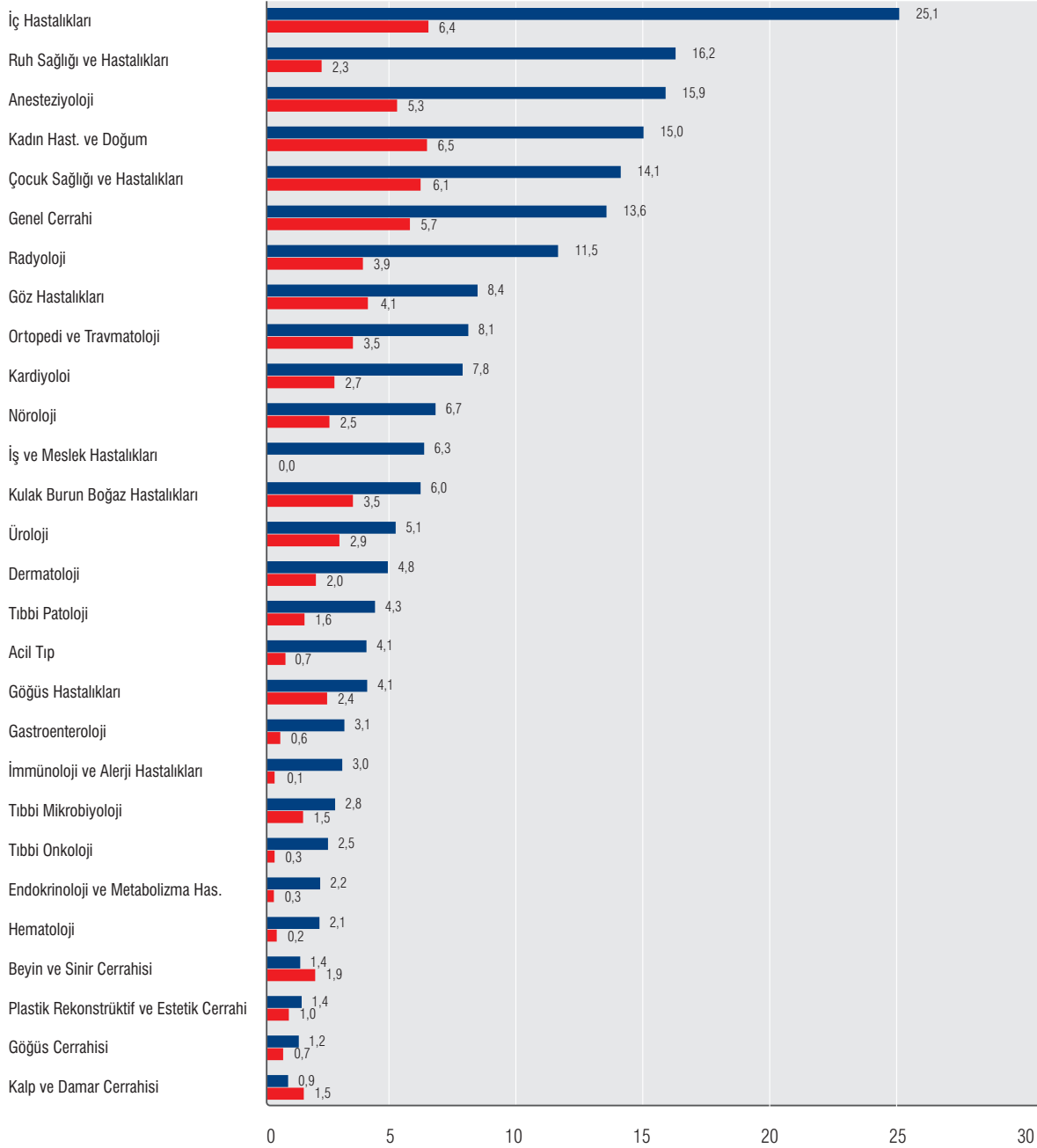


Grafik 72

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (*Türkiye için 31.12.2011 tarihli veriler esas alındı), World Health Statistics 2012



AB Üyesi Ülkeler ve Türkiye'de Seçilen Branşlarda Yüz Bin Kişiye Düşen Uzman Hekim Sayısı



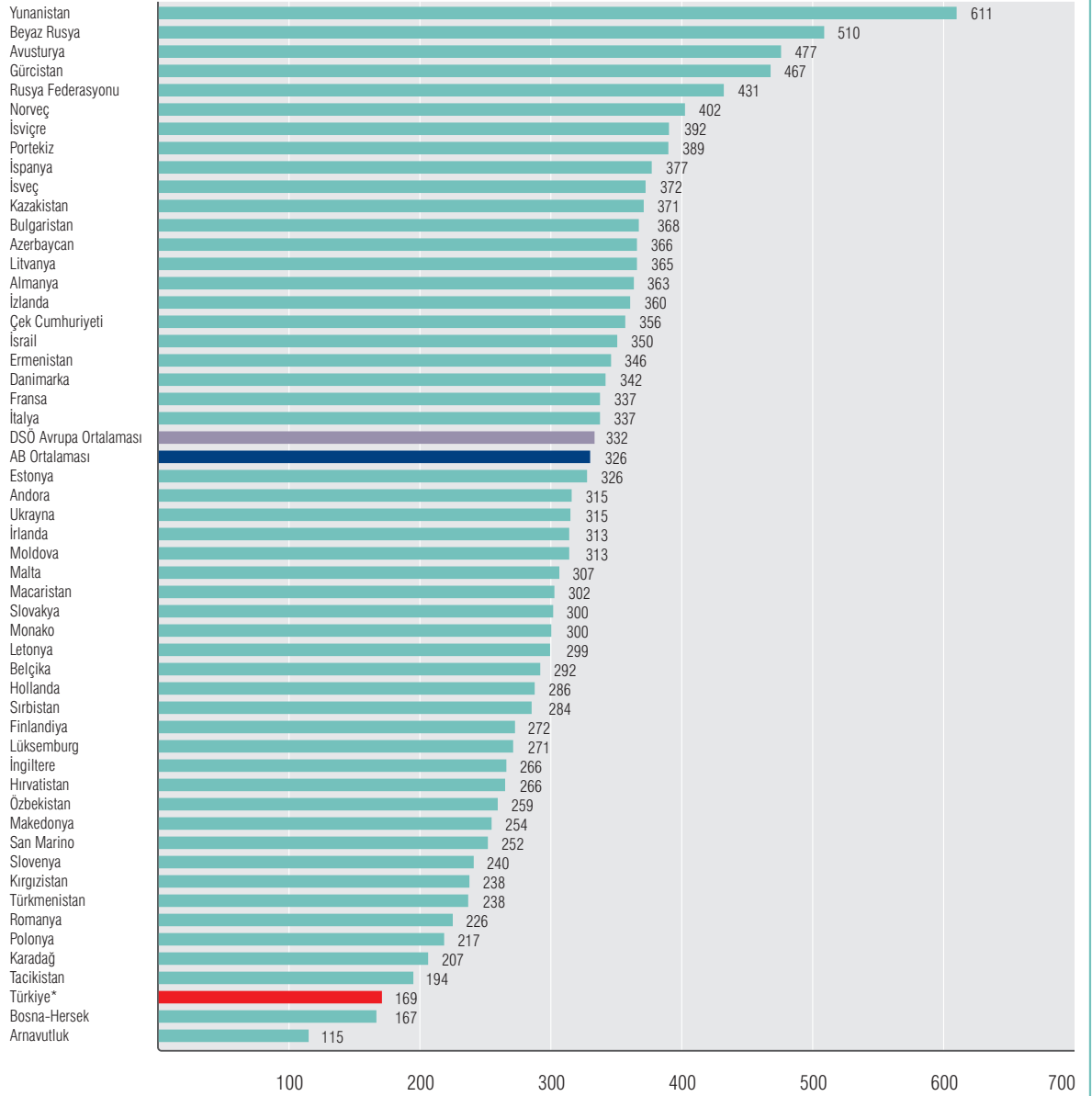
Grafik 73

Kaynak: EUROSTAT, Physicians by medical speciality

Beyin ve sinir cerrahisi ile kalp ve damar cerrahisi dışındaki bütün branşlarda belirgin sayısal geriliğimiz dikkati çekmektedir (Grafik 73).



Avrupa Ülkelerinde ve Türkiye'de Yüz Bin Kişiy Düşen Hekim Sayısı

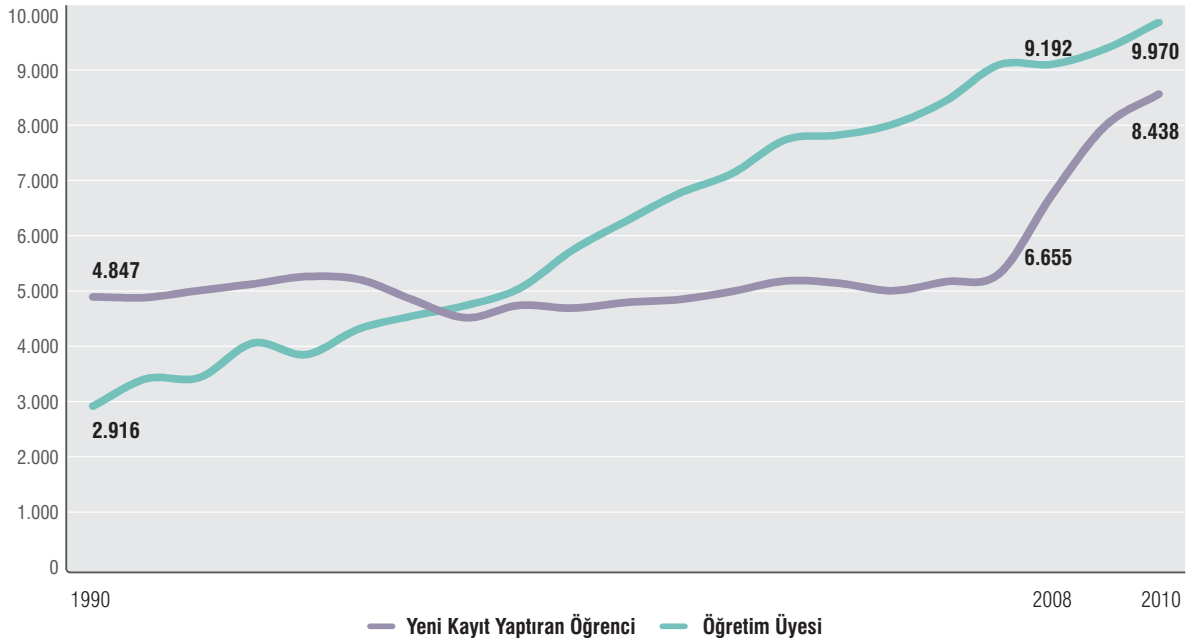


Grafik 74

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (*Türkiye için 31.12.2011 tarihli veriler esas alındı), World Health Statistics 2012



Türkiye'de Yıllara Göre Tıp Fakültelerinde Öğretim Üyesi ve Yeni Kayıt Yaptıran Öğrenci Sayıları



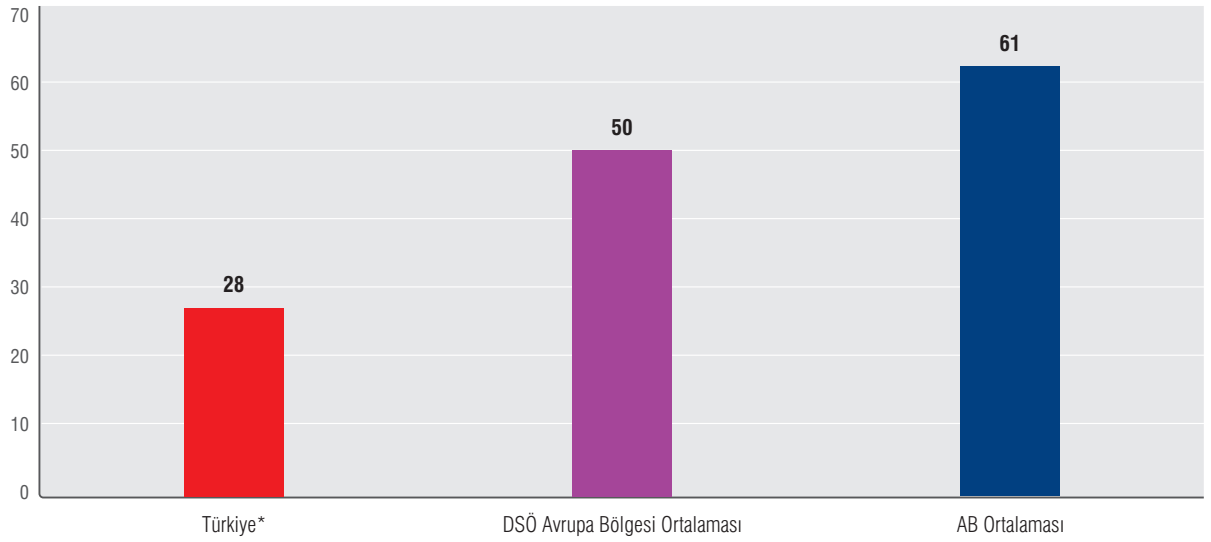
Grafik 75

Kaynak: ÖSYM Yüksek Öğretim İstatistikleri

2011 yılı sonu itibarıyla tıp fakültelerinde toplam 41.664 kayıtlı öğrenci mevcut olup toplam öğretim üyesi sayısı 9.970'tir (Grafik 75). Öğretim üyesi başına düşen öğrenci sayısı ise 4'tür. Ülkemizde öğretim üye sayısı yeterli olmakla birlikte dengeli dağılımdan uzaktır. Bunu sağlamak için yeni tıp fakültesi kurulurken ya da mevcut fakültelerde yeni kontenjan oluştururken öğretim üye sayısı da ihtiyaca göre dağıtılmalıdır.



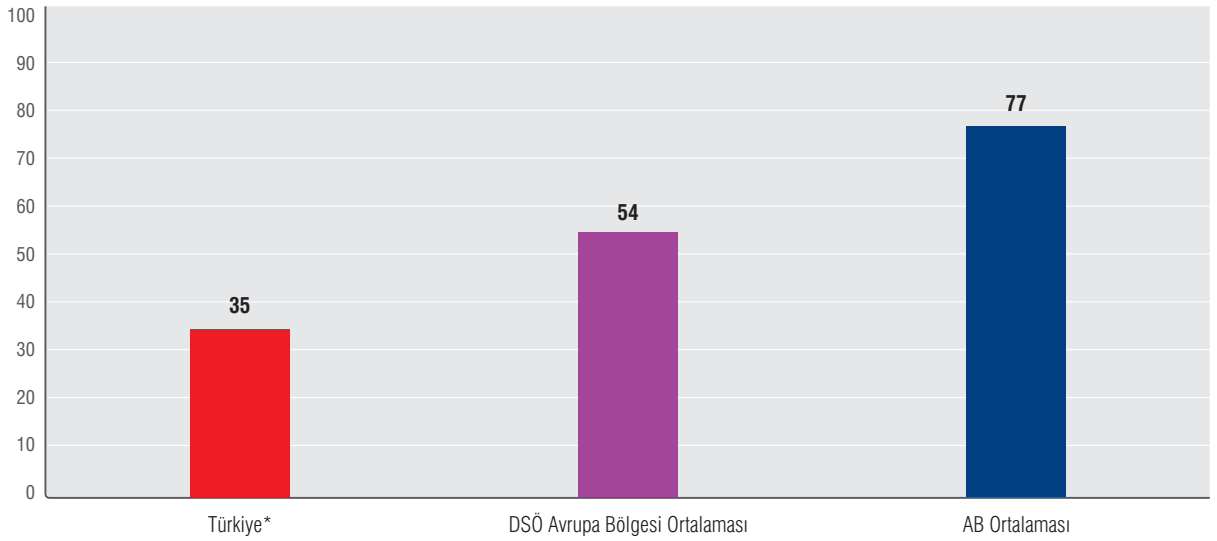
Avrupa ve Türkiye'de Yüz Bin Kişiyeye Düşen Diş Hekimi Sayısı



Grafik 76

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (*Türkiye için 31.12.2011 tarihli veriler esas alındı), World Health Statistics 2012

Avrupa ve Türkiye'de Yüz Bin Kişiyeye Düşen Eczacı Sayısı

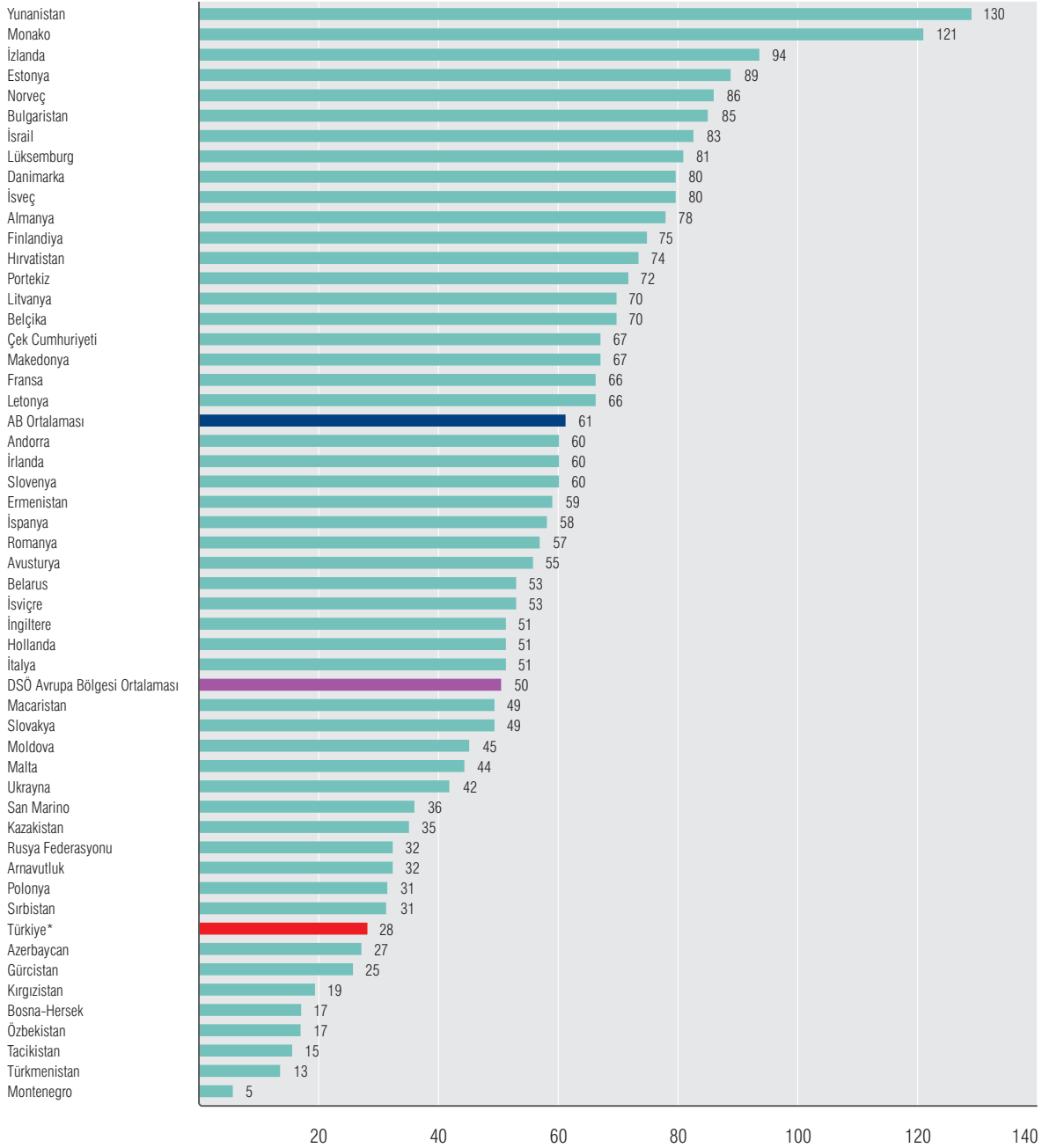


Grafik 77

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (*Türkiye için 31.12.2011 tarihli veriler esas alındı), World Health Statistics 2012



Avrupa Ülkelerinde ve Türkiye'de Yüz Bin Kişiyeye Düşen Diş Hekimi Sayısı

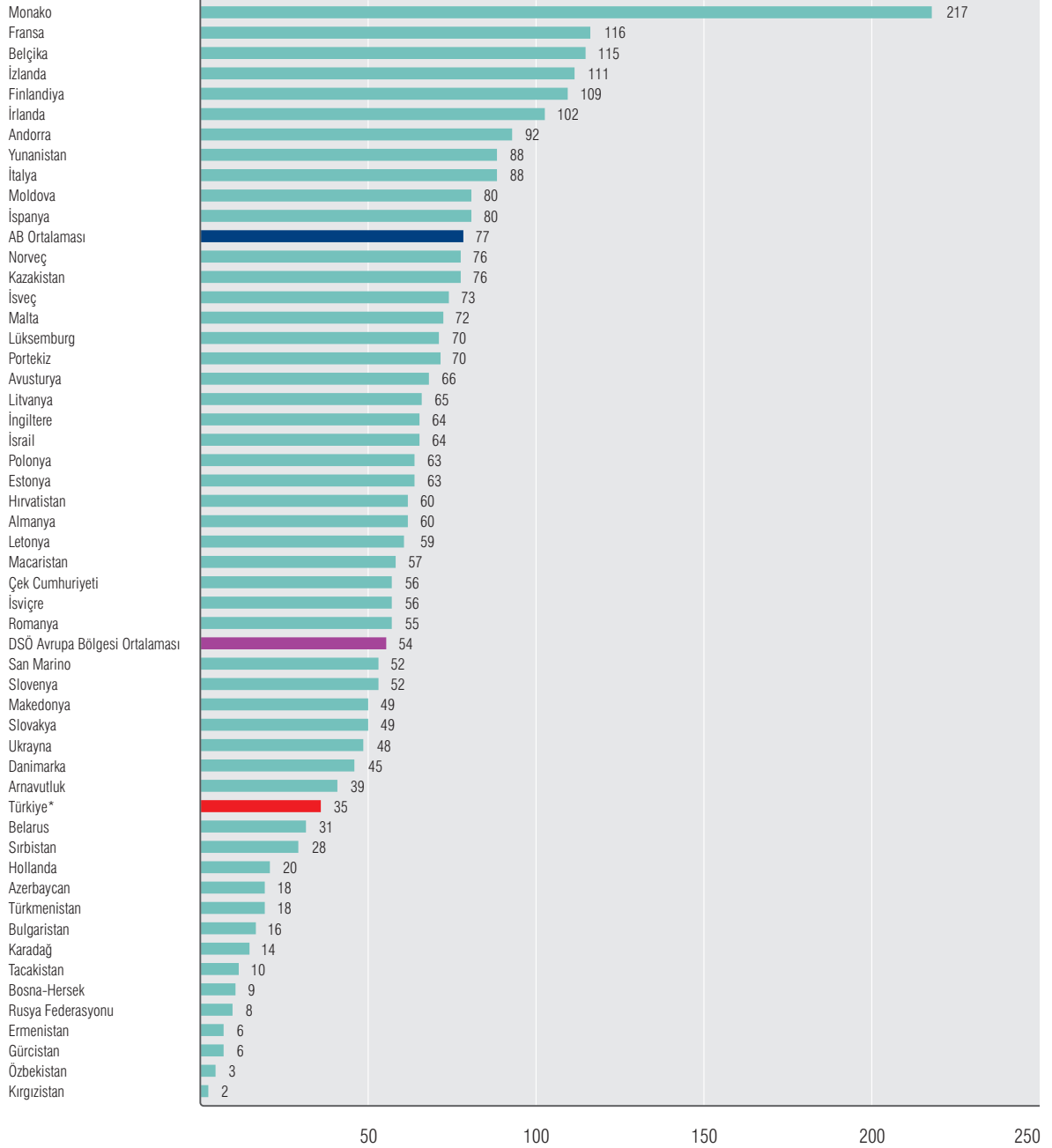


Grafik 78

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, World Health Statistics 2012 (*Türkiye için 31.12.2011 tarihli veriler esas alındı), WHO/European HFA Database, Temmuz 2012



Avrupa Ülkelerinde ve Türkiye'de Yüz Bin Kişiyeye Düşen Eczacı Sayısı

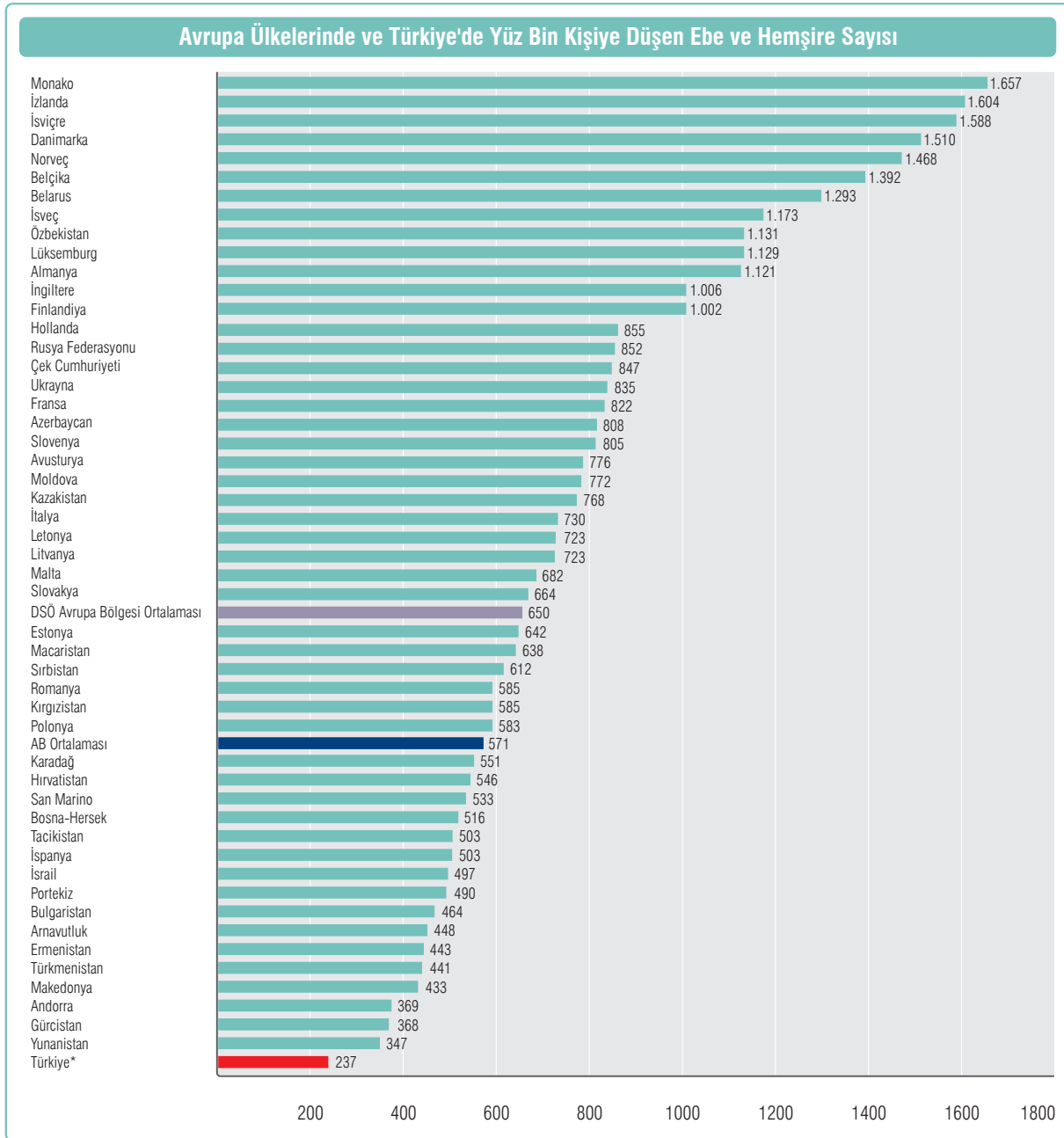


Grafik 79

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, World Health Statistics 2012 (*Türkiye için 31.12.2011 tarihli veriler esas alındı), WHO/European HEA Database, Temmuz 2012

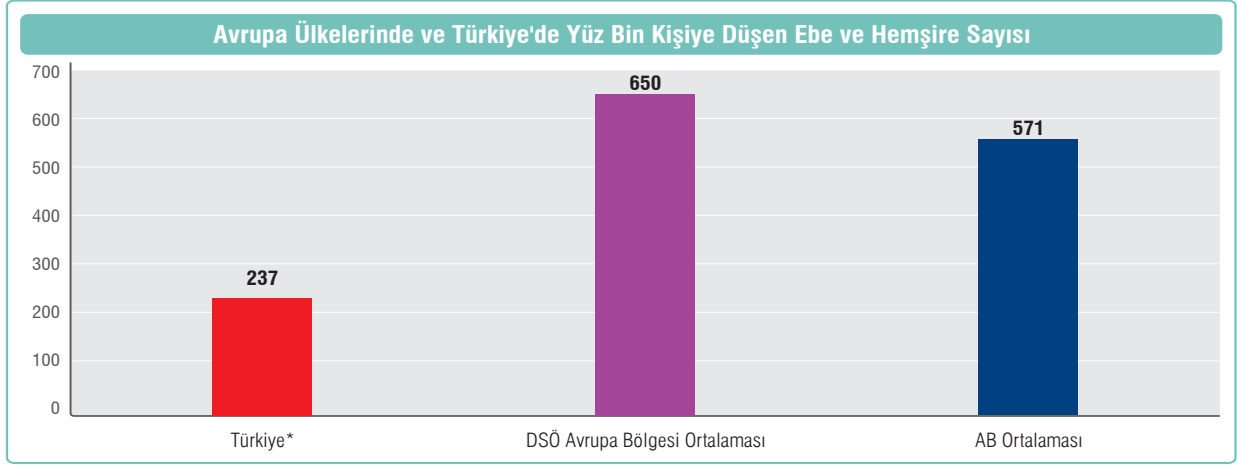


Hemşire, fizyoterapist ve diğer birçok sağlık çalışanı sınıfı için de durum farklı değildir. Nüfusumuzun ihtiyacı ve artan sağlık hizmet talebi, hekim ve hemşire sayısının artırılmasını kaçınılmaz kılmaktadır. Bununla birlikte eğitimin kalitesi, şüphesiz korunmalı; hatta geliştirilmelidir.



Grafik 80

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (*Türkiye için 31.12.2011 tarihli veriler esas alındı), World Health Statistics 2012

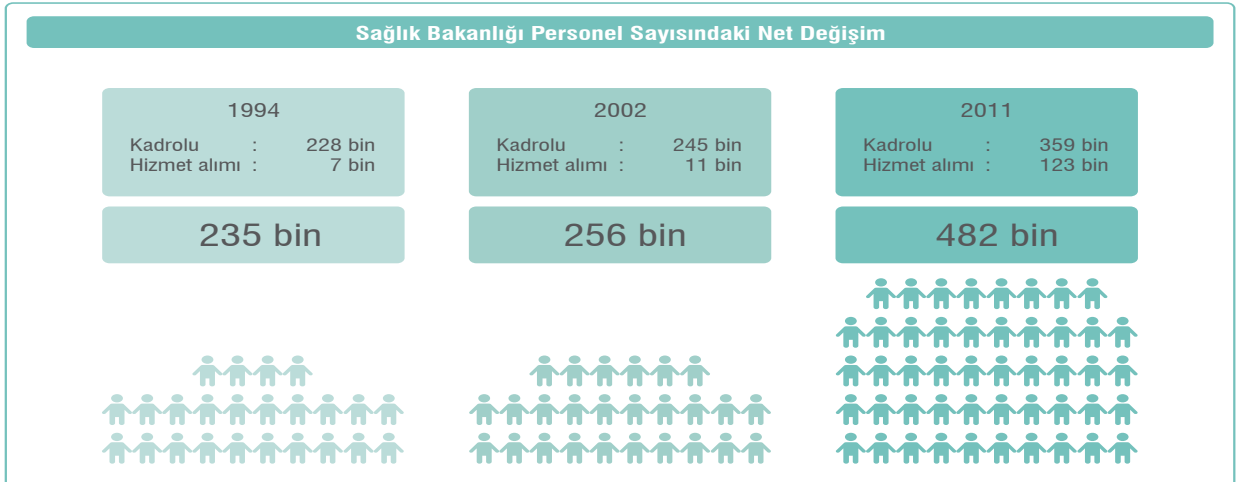


Grafik 81

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (*Türkiye için 31.12.2011 tarihli veriler esas alındı), World Health Statistics 2012

B. Kamuda Sağlık İnsan Kaynağı İstihdamında Hamle

Bakanlığımıza bağlı kamu sağlık kuruluşlarında 2002 yılında hizmet alımı dâhil 256 bin olan çalışan sayısını 2011 yılı sonunda 482 bine ulaştırdık. Yani 226 bin kişilik net artış sağladık. 1994-2002 yılları arasındaki dokuz yılda net artış ise sadece 21 bin idi. Bir başka ifade ile son dokuz yılda oluşturduğumuz istihdam, önceki dokuz yılın 11 katıdır (Grafik 82). Yıllardır sağlık personelinin mahrum olan sağlık tesislerimiz ve bölgelerimizde yeni istihdam modelleri ile personel istihdam etmeye başladık. Bu amaçla 2004 yılında 4924 sayılı Kanunu yürürlüğe koyduk ve sadece Sağlık Bakanlığına özgü yeni bir sözleşmeli istihdam modeli geliştirdik. Bu modelin temeli gönüllülük esasına dayanmakta ve personelin kendi rızası ile bu Kanuna tabi olarak çalışması durumunda mali hakları eş değer görevdeki personellere göre daha yüksek olarak gerçekleşmektedir. Ayrıca, Kanun 10 yıllık sözleşmelilik süresinin sonunda personele sürekli sözleşmeli olma hakkı vermektedir.

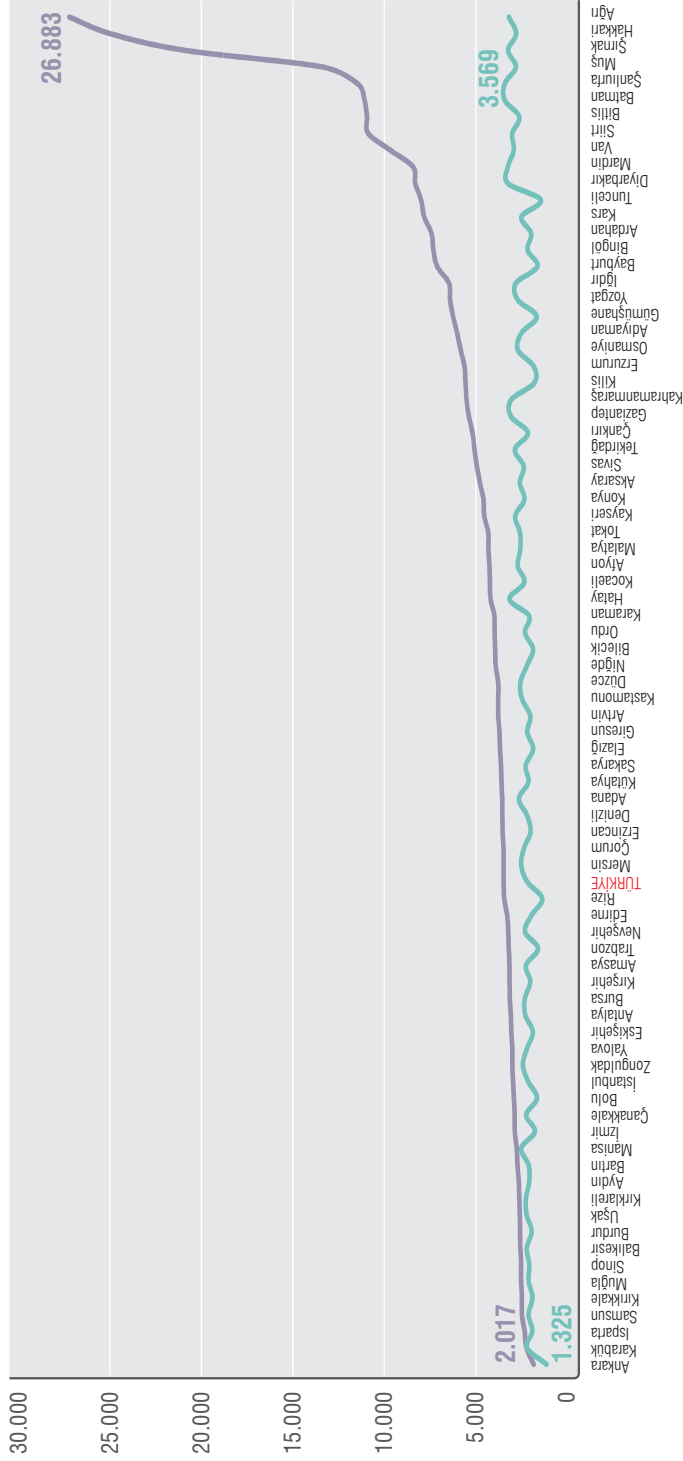


Grafik 82

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü



Uzman Hekim Başına Düşen Nüfus 2002-2011

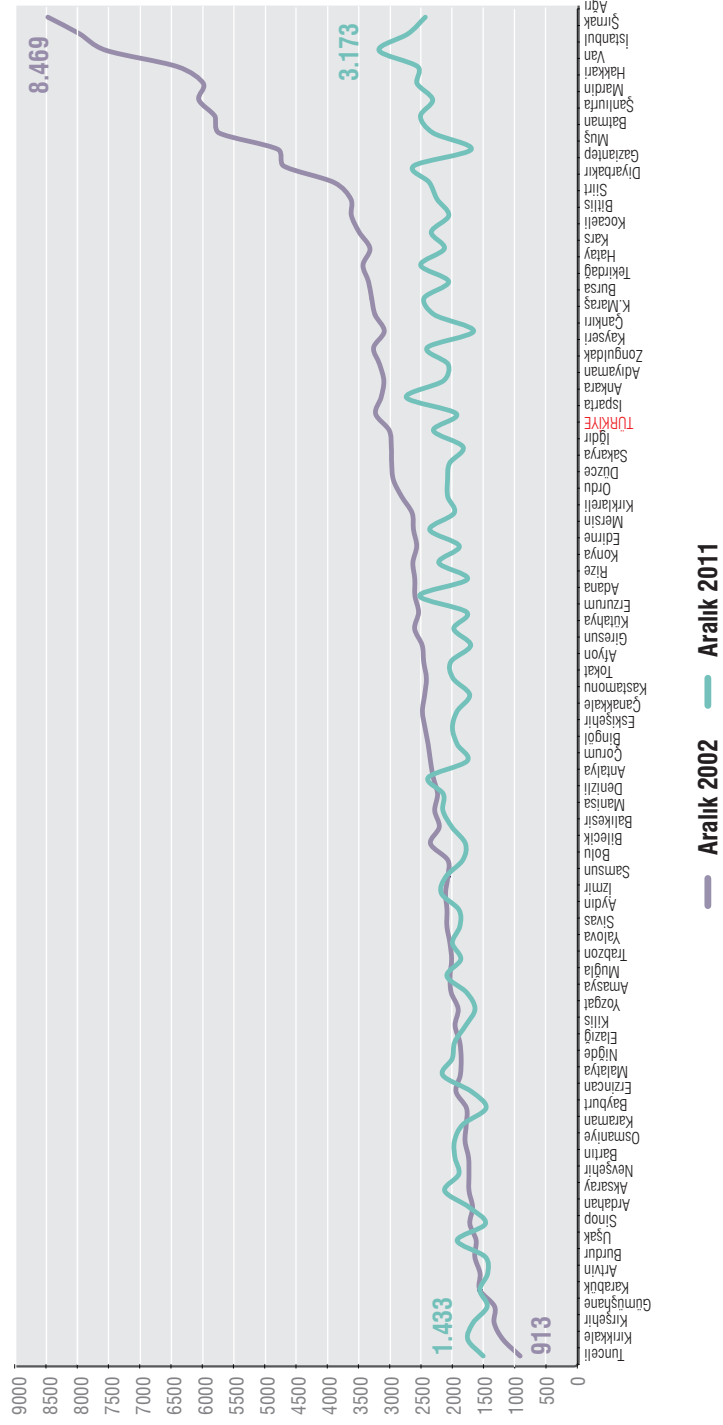


Grafik 83

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü



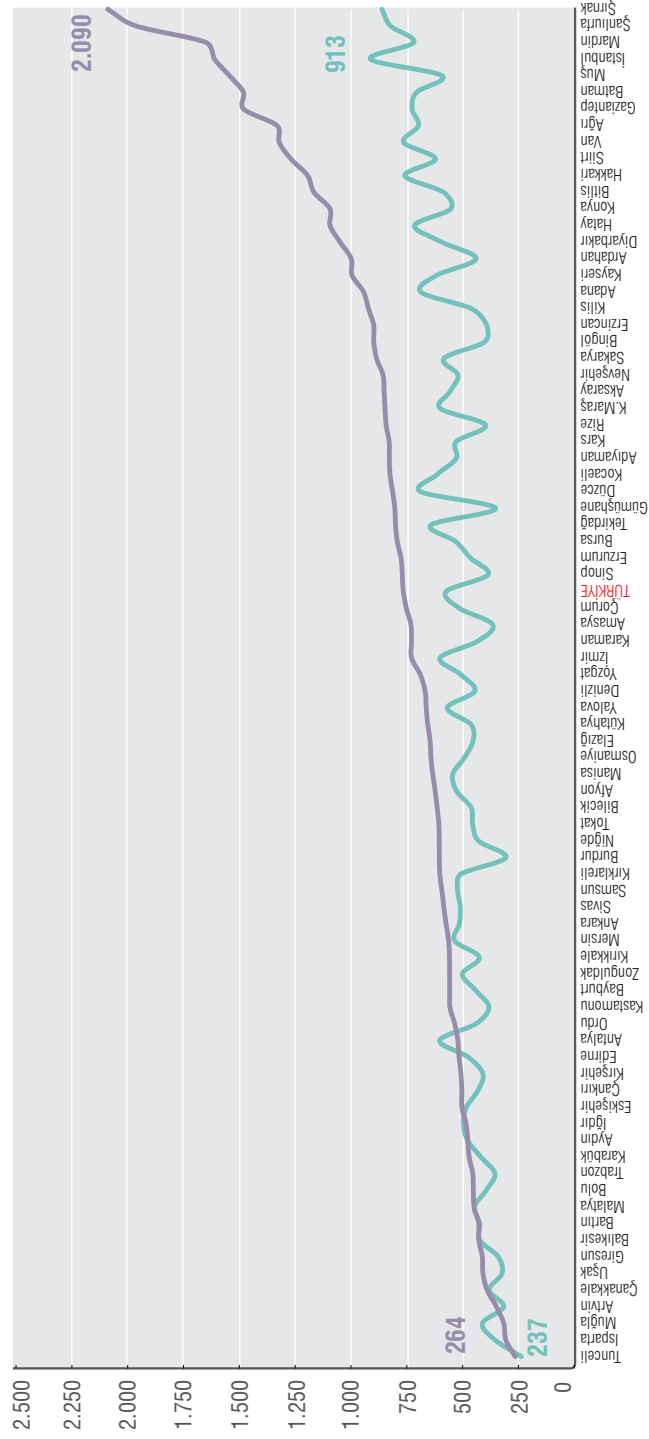
Pratisyen Hekim Başına Düşen Nüfus 2002 - 2011



Grafik 84
Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü



Ebe-Hemşire Başına Düşen Nüfus 2002 - 2011



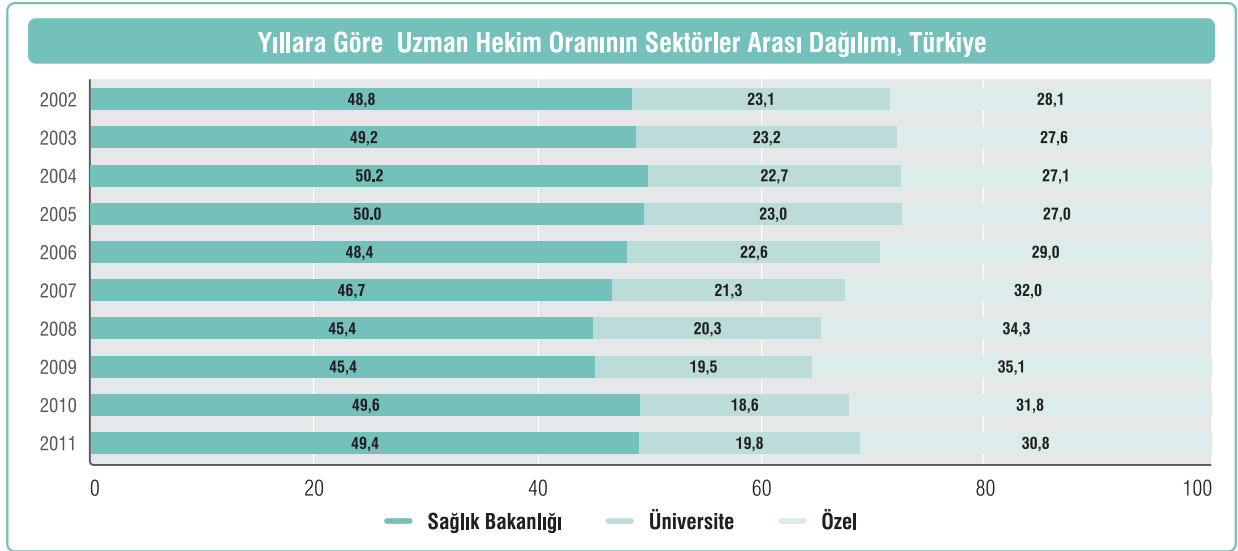
Grafik 85

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü



Uzman hekim başına düşen nüfusun en fazla olduğu il ile en az olduğu il arasındaki oranı Aralık 2002'de 1/14 iken biz bu oranı Aralık 2011'de 1/2,7'ye düşürdük. Aynı oranı, pratisyen hekim için 1/9'dan 1/2,3'e, diş hekimleri için 1/8,5'ten 1/4,5'e, hemşire-ebe için ise 1/8'den 1/4'e düşürdük (Grafik 83-85).

Bir yandan kamu sağlık sektöründe bölgeler arası dağılım dengesi oluştururken diğer yandan kamu ve özel sektör dağılım dengesini koruduk. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte özelleştirmelerin başladığı, uzman hekim kaynağının özel sektöre kaydırıldığı iddiaları tamamen mesnetsizdir. Neticede 2002 yılında uzman hekimlerin %29,5'i özel sektörde çalışırken 2011 yılı sonunda bu oran %30,8 oldu (Grafik 86).



Grafik 86

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

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 11 bin civarında iken 2011 yılında 123 bine ulaştı.

C. Personel Atamalarında Şeffaflık

Sağlık personelinin ülke genelinde dengesiz dağılımının eski dönemin en önemli sorunlarından biri olduğu bilinmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın önceliklerinden biri de bölgeler arası personel dağılımında farklılıkların kabul edilebilir düzeye çekilmesi, personel istihdamında unvanlara göre gerçekçi standartlar belirlenerek buna göre insan gücü planlamasının yapılması, atama ve nakillerde objektif ve hakkaniyete uygun bir sistemin kurulması oldu.



Kalkınmada öncelikli yörelerde özendirme çerçevesinde sözleşmeli personel istihdamı imkânını tanıyan 4924 sayılı Kanunu çıkardık. Bu sayede, personel istihdamında zorluk çekilen yerlerde görev yapmayı özendirdik.

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, hakkaniyeti gözeten devlet hizmeti yükümlülüğü getirdik. 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 yaptık.

Atamalarda kayırma imkânını tamamen ortadan kaldıracak şekilde, Bakanlığa bağlı sağlık kuruluşlarında görev yapan sağlık personelinin dengeli dağılımının sağlanması için Atama ve Nakil Yönetmeliği'ni hazırladık. Bu yönetmeliğe göre, uzman tabip, tabip, diş tabibi ve eczacı unvanlı personel bilgisayarda kurayla, diğer sağlık personeli genel hükümlere göre merkezi sınavla atanmaktadır.

Personelin atama ve nakil işlemleri, çalışmakta oldukları yerin özelliği ve çalıştığı süreye göre değişen 'hizmet puanı' esasına göre yapılmaktadır. Mazeret durumları için daha sıkı ve adil bir denetim sistemi getirdik. Atamaların bilgisayar ortamında hizmet puanına göre ve kura ile yapılması, siyasetçilerin ve bürokrasinin üzerinde bir kambur hâline 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 kaydettik.

D. Sağlık Personeli Eğitimi

Her düzeydeki sağlık çalışanlarımızın, mevcut yöneticilerimizin ve yönetici adaylarımızın eğitimi konusuna büyük önem vermekteyiz. Bir yandan teknik konularda bölgesel eğitim toplantıları düzenlerken diğer yandan başta insan gücü olmak üzere bütün kaynakların verimli ve etkili bir şekilde ve iş birliği içinde kullanılması amacıyla Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (SAGEM) tarafından internet üzerinden verilen sistematik sağlık yönetimi eğitimleri yürütmekteyiz.

D.1. Uzaktan Eğitim

Çağdaş bir teknoloji olarak internet üzerinden uzaktan eğitimle, SAGEM bünyesindeki Uzaktan Sağlık Eğitim Sistemi (USES) üzerinden Bakanlığa bağlı tüm kurumlarda verimliliği ve hizmet kalitesini artırmak amacıyla, başta yöneticiler, yönetici adayları ve uzmanlar olmak üzere ilgili tüm sağlık personeline eğitim vermeyi hedefledik. Eğitim sayfasına <http://www.uses.gov.tr> adresinden ulaşılmaktadır.



Bu eğitimler kapsamında, bugüne kadar 1.000'den fazla yönetici de dâhil olmak üzere 10.000'den fazla öğrenci sistemden faydalandı. Bu öğrencilerden yaklaşık 6.000'i hâlen çeşitli programlarda eğitim görmektedir. Bugüne kadar, nihai amaçlar doğrultusunda çeşitli eğitim programlarına katılan sağlık çalışanına toplamda 4.000'e yakın sertifika verdik.

Akademik bir anlayışla yüksek lisans programları esas alınarak hazırlanmış olan ve ilk uygulamasını 590 kişi içinden 256'sının başarıyla tamamladığı Sağlık Yönetimi ve İşletmeciliği Uzaktan Eğitim Sertifika Programı'nın ikinci uygulamasına 2009 yılında başladık ve uygulamaya 465 yeni katılımcıyla devam etmekteyiz. Bu eğitimi, alanında söz sahibi akademisyenlerin katılımıyla hazırladık ve Bakanlığımız bünyesindeki kurum ve kuruluşlarda yönetici düzeyindeki personele ve yönetici adaylarına sunmaktayız.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev alacak aile hekimleri ve aile sağlığı hizmetlerinde görev alacak diğer sağlık personeline uyum eğitimleri vermekteyiz. Uzun sürecek olan ve büyük bölümü uzaktan eğitim yöntemiyle USES üzerinden verilecek olan ikinci dönem mesleki eğitim müfredatlarını hazırladık, eğitim materyallerinin büyük bir kısmını ürettik ve eğitime başladık. Aralık 2013'te bu eğitimi tamamlayacağız. Eğitimle paralel olarak eğitim materyallerinin güncellenmesine de devam etmekteyiz.

D.2. Hizmet İçi Eğitimler

1986 yılında yürürlüğe giren "Sağlık Bakanlığı Hizmet İçi Eğitim Yönetmeliğini" güncelleyerek yeniden hazırladık. Hazırladığımız yeni yönetmeliği 11.12.2009 tarihinde yürürlüğe koyduk.

Yeni yönetmelikle;

- Hizmet içi eğitimler, ilgili birimlerle etkin bir iş birliği ve koordinasyon içerisinde planlanmaya ve yürütülmeye başlandı.
- Farklı birimler tarafından ayrı ayrı düzenlenen aynı konulu eğitimleri birleştirip zaman ve kaynak tasarrufu sağladık.
- Hizmet içi eğitimlerin, Millî Kalkınma Hedefleri'ne uygun plan ve programlara dayalı olarak Bakanlığımız amaçları, görevleri, yetkileri, sorumlulukları ve ihtiyaçları doğrultusunda bir plan ve programa dayalı olarak yürütülmesini sağladık.
- İl sağlık müdürlüklerinin gerçekleştirdiği hizmet içi eğitim faaliyetlerinin merkezdeki planlamaya uygun olarak yürütülmesini sağladık.
- Hizmet içi eğitimlerden beklenen sonuçlara ulaşıp ulaşılamadığının belirlenmesi için eğitim çalışmaları sırasında ve bitiminde değerlendirme yapılması esasını getirdik.
- Hizmet içi eğitim ve bu eğitimlerden yararlanan personel sayısını artırdık.



D.3. Sertifikalı Eğitim

2010 yılına kadar ülkemizde sağlık alanında çalışanlara yönelik olarak farklı konularda çok sayıda sertifikalı eğitim programı yürütülmekteydi.

Bu çerçevede başta Bakanlığımız ve üniversitelerimiz olmak üzere birçok kamu kurumu ya da özel kurumlarca sağlık meslek alanlarına yönelik olarak yürütülen sertifikalı eğitimlerde; eğitim süreleri, eğitimci nitelikleri, sertifikaların yenilenmesiyle ilgili usul ve esaslarla ilgili standartlar bulunmamakta ve farklı uygulamalar görülmekteydi.

Uygulamadaki eksiklikleri ortadan kaldırmak, sertifikalı eğitimlerde farklı uygulamaları önlemek ve bu eğitimlere belirli bir standart getirmek amacıyla; "Sağlık Bakanlığı Sertifikalı Eğitim Yönetmeliği"ni 21.08.2010 tarihinde yürürlüğe koyduk.

Bu yönetmelikle;

- Sağlık Bakanlığı, Türk Silahlı Kuvvetleri, üniversiteler, kamu kurum ve kuruluşları ile özel hukuk tüzel kişileri ve gerçek kişilerce, sağlık alanında mezuniyet sonrası, uygulanması özel bilgi veya beceriye dayalı mesleki yeterlikleri kazandırmaya yönelik olarak yapılacak sertifikalı eğitimlere ilişkin usul ve esasları düzenledik.
- Tüm sertifikalı eğitim alanları ile sertifikalı eğitimlerin her türlü bilimsel ve teknik içerik, usul ve esaslarının kendi alanlarının uzmanlarından oluşan bilim komisyonları tarafından belirlenmesini sağlıyoruz.
- Bu Yönetmeliğe göre yapılacak eğitimler sonucunda verilen sertifikalar, Bakanlığımız tarafından tescil edilecek ve kayıt altına alınacaktır.
- Yürütülen her türlü sertifikalı eğitim programı ve eğitim merkezleri, bilim komisyonları tarafından belirlenen kriterler doğrultusunda, düzenli aralıklarla denetlenmektedir.
- Sağlık hizmetlerinin daha etkili ve kaliteli sunulması amacıyla özellik arz eden sağlık hizmetlerinin, sertifikalandırılmış personel tarafından verilmesini planlamaktayız.

D.4. TÜBİTAK ULAKBİM'in Sunmuş Olduğu Veri Tabanı

TÜBİTAK'a bağlı olarak hizmet veren ULAKBİM (Ulusal Akademik Ağ ve Bilgi Merkezi), Türkiye'de diploma veren eğitim kurumlarının bilgiye ulaşmasını kolaylaştırma amacıyla 2006 yılından itibaren veri tabanları için ulusal lisanslama çalışması yaparak eğitim kurumlarının bilgiye ulaşmalarında kolaylaştırma çalışmalarına başladı. Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak eğitim çalışmaları yapan eğitim ve araştırma hastaneleri de aynı yıl bu hizmet kapsamına alındı.



E. Sağlıkta Buluşma Noktası (SBN)'nda Buluşuyoruz

Tüm sağlık çalışanları ile direk iletişim kurabileceğimiz bir platform oluşturduk; "Sağlıkta Buluşma Noktası". Bu portal ile sağlık çalışanları hiçbir filtreye takılmadan doğrudan Sağlık Bakanımıza ulaşıyor.



Amacımız, sağlık çalışanlarının eleştiri, görüş, öneri, soru ve sorunlarını doğrudan Bakanlık merkezine ulaştıracak bir mekanizma yoluyla çalışan memnuniyetini artırmaktır. 360 derece iletişim ve fikir paylaşımını tesis ederek, kurumlar ve çalışanları arasında sadece kuralların ileildiği iletişim ortamı yerine daha informal ve insancıl ilişkilerin kurulabileceği bir iletişim modeline geçilmesini hedeflemekteyiz.

Sağlıkta Buluşma Noktası (SBN)'nın internet adresi www.sbn.gov.tr'dir. Sağlık çalışanlarından gelen soru ve öneriler öncelikle SBN ekibi tarafından değerlendirilmekte ve ilgili birimlere mesajlar iletilmektedir. Konunun uzmanları tarafından incelenen mesajlara yönelik geri bildirimler sağlık çalışanlarına en kısa sürede ulaştırılmaya çalışılmaktadır.

SBN ile sağlık çalışanları, doğrudan Sağlık Bakanı'na ulaşabilmekte; soru, sorun, görüş ve önerilerini iletebilmektedir. Bununla birlikte sağlık çalışanları becayiş ilanlarını güvenli bir ortamda paylaşabilmekte, gündemi takip edebilmekte ve alkışa değer bölümüyle başarı hikâyelerini bütün meslektaşlarıyla paylaşabilmektedir. Aynı zamanda sağlık alanındaki kongre ve konferanslar, atamalar, iş ve kariyer imkânları, çalışan güvenliği konularında çalışanlarımızdan gelen bilgiler harmanlanarak SBN'de sunulmaktadır.

Mart 2011 tarihinde kurulan SBN'ye Kasım 2012 tarihine kadar ulaşan mesaj adedi 41 bindir.

Günlük ortalama 80-100 mesajın yüzde olarak dağılımı şöyledir:

- % 32 Bakan'a Ulaşın (doğrudan Bakanımıza bırakılan mesajlar)
- %2 Bir Fikrim Var (sağlık çalışanlarının projeleri)
- %66 Çözüm Arıyorum.

2. Sağlık Hizmet Planlaması

A. Sağlıkta Bölgesel Planlama

Gelişmiş ülkelerin çoğunda sağlık sistemleri, kalite standartları ve eşitlik ilkeleri çerçevesinde tüm nüfusu kapsayacak şekilde yapılandırılır. Yaklaşımlar, farklılık 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. Fransada bölgesel hastane birlikleri, merkezi hükümetin belirlediği çerçeve içinde hastane hizmetlerini planlar. Almanyada hastane kapasitelerini, ulusal ve bölgesel mevzuat çerçevesinde eyalet hükümetleri planlar. Kanadada planlama, bölge yönetimlerinin sorumluluğunda, ancak bazı durumlarda ulusal çerçeve dikkate alınarak yapılır.



Kanada, Fransa ve Almanya'da hastane planlamaları hem kamu hastanelerini 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.

Yürüttüğümüz bölgesel planlama çalışmalarında, Bakanlığımızın taşra teşkilatlarından görüş aldık. Çalışmalarımızda merkezin, yerelde yapmış olduğu inceleme ve tespitleri, nüfusu, coğrafi yapıyı, kapsanan bölgeyi, merkeze uzaklığı, ulaşımı, yerel ihtiyaçları ve mevcut sağlık envanterlerini dikkate aldık.

Referans hastaneleri / kampüsleri, bölgelerindeki sağlık eğitimi, kurumsal rehberlik ve referans merkez olma ihtiyacını karşılayacak şekilde planladık. Sağlıkta Dönüşüm Programı'ndan 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 merkezi baz alarak tündengelim metodunu benimsedik.

Bölgenin sağlık hizmeti ihtiyacı, coğrafi yapısı, hasta akışı, ulaşılabilirliği ve sosyo-ekonomik yapısını dikkate alarak 29 sağlık alanı belirledik.

Bu anlayış çerçevesinde sağlık hizmet sunumu bakımından ülke genelinde belirli sağlık alanları ve her bir alan için bölge sağlık merkezi konumundaki illeri ve bu merkez illere bağlı alt alan merkezi konumundaki illeri belirledik. Alt alan illeri, güçlendirilmiş ilçeler ve bu ilçelere bağlı küçük ilçelerdeki mevcut ve yatırım planlamasında olan yataklı sağlık tesislerinin hizmet sunum rollerinin belirlenmesi açısından önem arz etmektedir. Bu rollere göre sınıflandırma, hizmet verilen nüfusun sağlık hizmetlerine olan ihtiyaç ve beklentilerine uygun olarak yeniden yapılandırma konuları da ayrıca önemlidir.

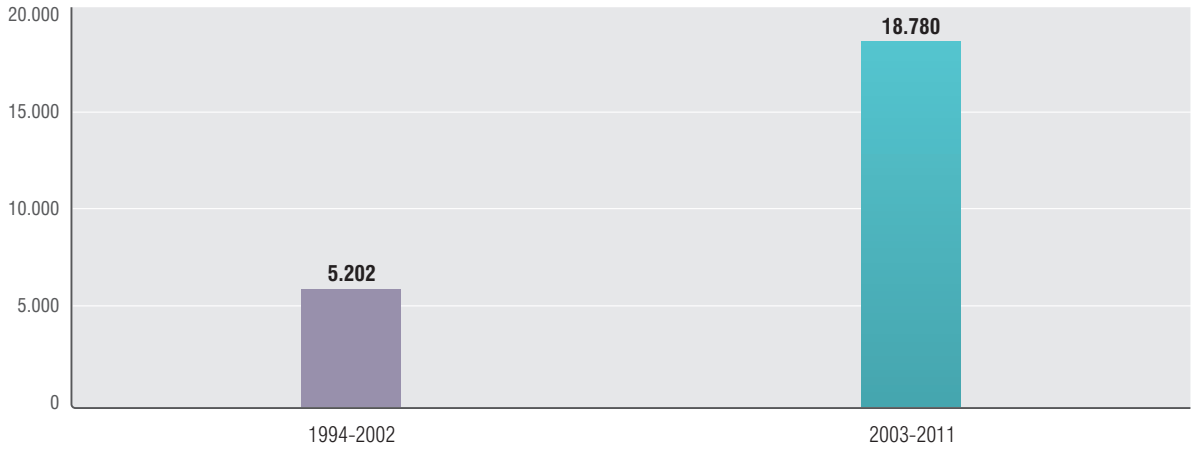
Bu planlamaları, ülke genelinde nüfus oranına göre yapmaktayız. Sağlık hizmetleri için fiziki mekân, personel sayısı, makine-teçhizat yeterliliklerini de sorgulamaktayız. Özellikle hizmet birimlerinin (yoğun bakım, KVC merkezleri gibi) bölgesel farklılıklarını da göz önünde tutarak bölgesel dağılım yapmaktayız.

B. Yatırımlarda Akılcılık

Sağlıkta Dönüşüm Programı'yla bütün sağlık yatırımlarını gözden geçirerek detaylı bir sağlık envanteri oluşturduk. Kamu sağlık yatırımlarını yeniden planladık. Yatırımların finansal, tıbbi ve teknik analizlerini dikkatle değerlendirdik. Yatırım planlamalarını ilçe, il ve bölge düzeyinde, yerinde inceleyerek ve yerel yöneticilerle birlikte yaptık. Projeleri öncelik ve önem sırasına göre tekrar tasnif ederek yatırım bütçelerimizin daha akılcı olarak kullanılmasını sağladık (Grafik 87).



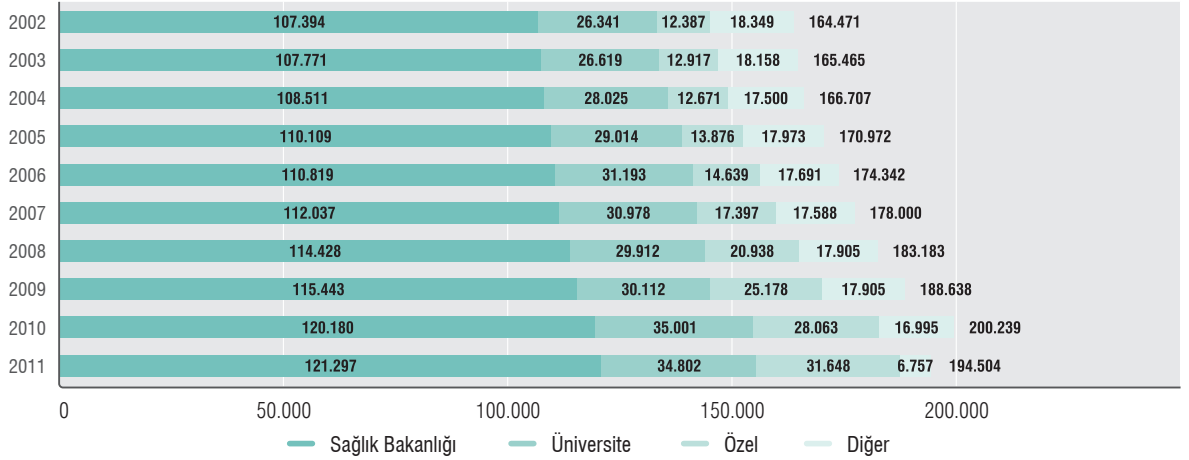
Sağlık Yatırım, Donanım ve Taahhüt Alımı Harcamaları (2011 Yılı Fiyatlarıyla - milyon ₺)



Grafik 87

Kaynak: Maliye Bakanlığı Bütçe Kesin Hesapları

Türkiye'de Yıllara ve Sektörlere Göre Hasta Yatağı Sayısı



Grafik 88

Diğer: Belediye Hastaneleri

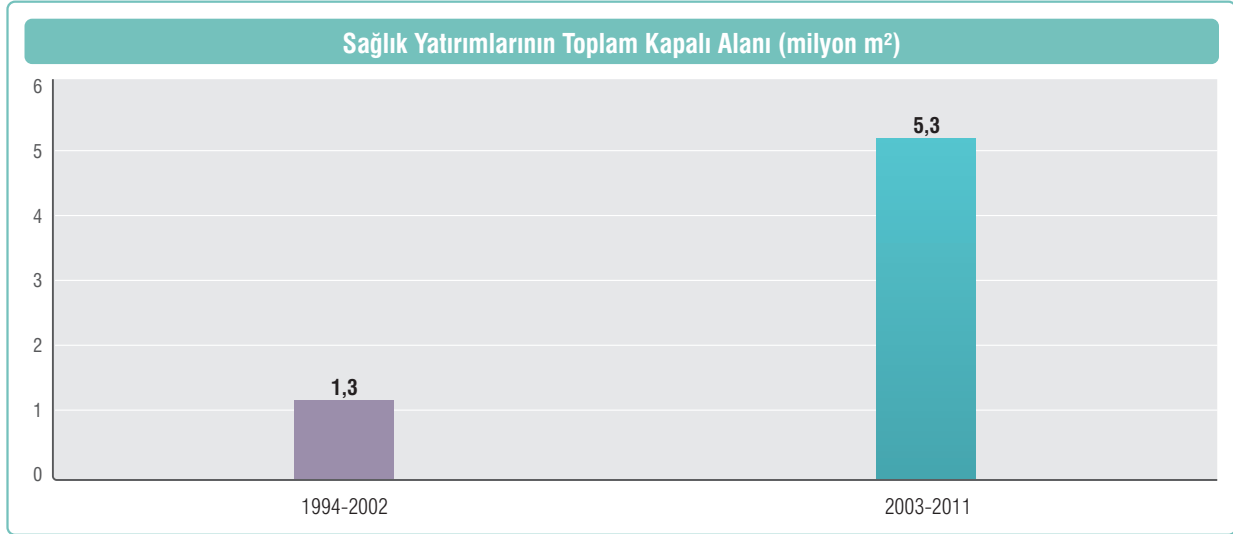
Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

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

Bugün için Türkiye’de her 100 bin kişiye düşen yatak sayısı 260 olup bu sayı, dünyadaki yeni eğilimler çerçevesinde yeterli görünmektedir. Ancak mevcut yatakları nitelikli yataklarla değiştiriyoruz. Bunu sağlayan çağdaş yapıları oluşturarak yatırımlara devam edeceğiz (Grafik 88).



Sağlık yatırımlarında çok büyük ilerlemeler kaydettik. Bizden önceki 80 yıllık dönemde 7 milyon m²'lik kapalı alan yapılmıştı, bir önceki 9 yılda ise bunun 1,3 m²'si gerçekleştirilmişti. Sağlıkta dönüşümle birlikte son 9 yılda 5,3 milyon m²'lik kapalı alan yaptık. (Grafik 89).



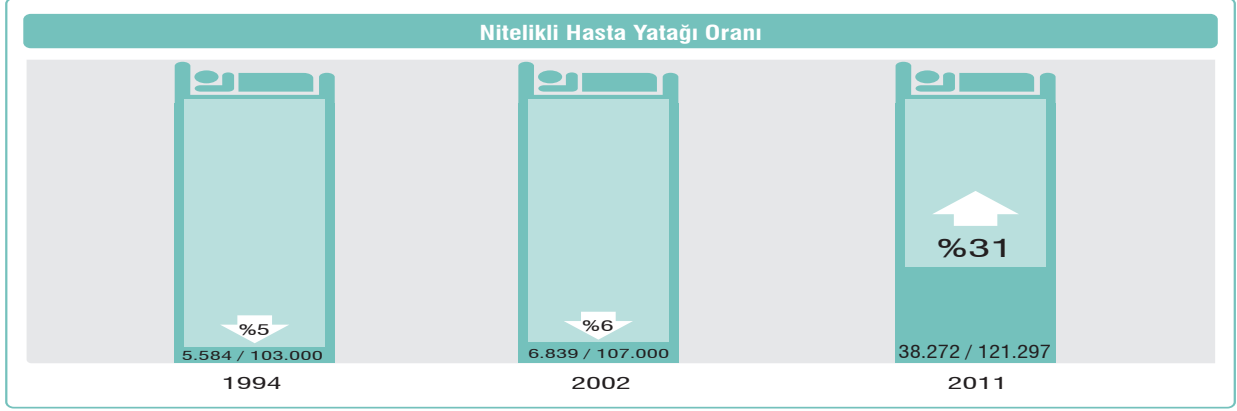
Grafik 89

Kaynak : Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü

Son dokuz yılda 554'ü hastane ve ek binası, 1.467'si birinci basamak sağlık kuruluşu olmak üzere 2.021 sağlık tesisini tamamlayarak halkımızın hizmetine sunduk. Yıllardır bekleyen inşaatları tamamladık. Son dokuz yıldaki yataklı tesislerle sayımıza 38 bini aşkın yeni hasta yatağı oluşturduk. Bu dönemde yapılan hasta odalarının % 80'i içinde banyosu, tuvaleti, televizyonu, buzdolabı, telefonu ve refakatçi koltuğu olan "nitelikli hasta yatağı"dır. Kalan %20'lik kısım, önceden başlanan, tamamlanmaya yakın ve teknik olarak revize edilemeyen projeler nedeniyle nitelikli hasta yatağı sınıfında değildir. Böylece, banyosu ve tuvaleti bulunan hasta yatağı sayısının toplam hasta yatağı içindeki payı %6'dan %31'e yükseldi (Grafik 90).



2003 yılından sonra tamamlanan ve yeni başlayan yatırımlarda nitelikli yatak oranı %100'dür.



Grafik 90

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

1994-2002 yılları arasında 291 adet hastane ve yeni blok tamamlanmışken 2003-2011 yılları arasında 554 hastane ve yeni bloğu tamamlayarak hizmete sunduk. Birinci basamak sağlık tesislerinde de benzer bir başarıyı yakaladık. 1994-2002 yılları arasında 647 tesis tamamlanmışken 2003-2011 yılları arasında 1.467 yeni tesisi tamamlayarak hizmete sunduk (Tablo 12).

Tablo 12. Sağlık Yatırımları (Sayılar)

Sağlık Tesisi	1994-2002	2003-2011
Hastane ve Yeni Bina	291	554
Birinci Basamak Sağlık Tesisi	647	1.467
Toplam	938	2.021

Kaynak: Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü

3. Sağlık Kurumlarında Şeffaf Yönetim ve Bürokrasinin Azaltılması Çalışmaları

Kamu sağlığı, kamu güvenliği, kamu düzeni ve diğer devlet politikalarının uygulanabilmesi ancak yasal düzenlemeler ile mümkün olabilmektedir. Ancak düzenlemeler gittikçe daha geniş alanları kapsamış, karmaşık hâle gelmiş ve sonuçta uygulama maliyetleri yükselmiş durumdaydı.

Bürokrasinin azaltılması ve idari basitleştirme çalışmaları; bu sürece müdahale eden, idari işlemlerin akışını hızlandıran, vatandaşların ve iş çevreleriyle kamu kesiminin düzenlemelere uyum yükünü azaltan ve aynı zamanda düzenlemelerin asıl amaçlarını koruyan bir reform sürecidir.

Yapmış olduğumuz düzenlemeler ile etkin, verimli, hesap verilebilir, vatandaş beyanına güvenen, şeffaf bir kamu sağlık yönetimi oluşturarak, kamu hizmetlerinin hızlı, kaliteli, basitleştirilmiş ve düşük maliyetli bir şekilde yerine getirilmesini amaçladık (Tablo 13).

Birimlerimizin kamu hizmet envanterlerini elektronik ortamda izlemek ve değerlendirebilmek için "Kamu Hizmet Envanteri Veri Giriş Programı"nı kullanıma açtık. Bakanlık merkez, il sağlık müdürlükleri, toplum sağlığı merkezleri ve sağlık grup başkanlıklarının iç iş ve işlemleri ile vatandaşlara yönelik olarak yürüttüğü tüm hizmetlere ilişkin bilgileri bu programda topladık.



Tablo 13. Basitleştirilmiş, Etkin Kamu Hizmeti Sunulması İçin Yapılan Çalışmalar

**Bilgi,
Belge İstenmesi**

- Kurumda olan belgeleri isteme.
- Noter tasdiki isteme, yerine belgenin aslını gör suretini al.
- Nüfus cüzdan sureti, adli sicil kaydı, ikamet kaydı, sağlık raporu isteme; yerine beyan al.
- Nihai işlem yapılma aşamasına kadar belge isteme.
- Başka kurumlarda olan belgeleri isteme ve o kurumlarla paylaş.
- Belgenin aslı yerine suretini, örneğini kabul et.

Yazışmalar

- Gereksiz yazışma yapma.
- Yazışmalara süre sınırlaması getir ve uygula.
- Yazışmaları elektronik ortamda yap.
- Yazışmalarda paraf ve imza atan görevli sayısını azalt, ara kademeleri kaldır.
- Kuruma gelen evrakı talep sahibinin huzurunda incele, eksikliklerini hemen tamamlat.
- Gelen evraka alındı fişi düzenle.
- Gelen evrakla ilgili talebi hizmet standartlarında öngörülen sürede sonuçlandır, olumlu ya da olumsuz sonucu talep sahibine bildir.
- Sonucun olumsuz olması durumunda gerekçesini ve sonraki müracaat mercilerinin iletişim bilgilerini de bildir.

Yetki Devri

- Hizmeti, hizmet talep edene en yakın noktada sun.
- Tek kapıda hizmet imkânlarını geliştir.
- Merkez birimlerinde yukarıdan aşağıya yetki devret.
- Merkez birimlerinden taşraya yetki devret.
- Taşrada daha alt kademelere yetki devret.

**Özörlülerin
Hizmete
Erişimi**

- Hizmet binalarına tekerlekli sandalye rampaları yap.
- Mümkün olan binalara asansör yap.
- Özörlüler için mümkünse farklı hizmet bankosu, özörlü refakatçi görevlisi bulundur.
- Özür durumuna uygun yönlendirme işaretleri bulundur.
- Özörlü tuvaleti ve banyosu dizayn et.
- Özörlü araç park yeri ayarla.
- Asansör yapılamayacak olup üst katlarda hizmet veren birimlerden hizmet alacak özörlüler için bina girişlerine çağrı butonu koy ve bu tür talepleri karşılayacak personel bulundur.

**Hizmet
Standartları**

- Her kurumun sunduğu hizmetlere standart belirle.
- İstenen belgeleri açık açık belirt.
- Hizmet sunum süresini taahhüt et ve bu süreye uy.
- Hizmet akışında meydana gelecek aksaklıklar için birinci ve ikinci müracaat yerlerini, iletişim adreslerini belirle.
- Hizmet envanter ve hizmet standartlarını hizmet kapılarında ve kurumsal internet sayfalarında ilan et.

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü



Bütün il sağlık müdürlüklerimiz, sağlık grup başkanlıkları/toplum sağlığı merkezlerimiz ile hastane ve ağız diş sağlığı merkezlerimizden özellikle doğrudan vatandaşa hizmet sunanlardan, sundukları hizmetlerin standartlarını belirlemelerini istedik. Bütün kamu kurum ve kuruluşlarında uygulanmak üzere, bütün merkez ve taşra birimlerinin sundukları hizmetlerin envanterini çıkardık. Bu çerçevede; birimlerimizin hangi hizmeti, hangi bilgi ve belgeleri isteyerek, hangi süre içerisinde sunacaklarına dair tabloları hazırlattık ve bu tabloları hizmet binalarının kapıları ile internet sayfalarında yayımlattık. Bu tablolarda taahhüt edilen hizmetlerin belirtilen durum ve şartlarda sunulmaması/sunulamaması hâlinde hizmet talep edenlerin hangi mercilere müracaat edeceklerine dair iletişim bilgilerine de ulaşılmaktadır.

Aile hekimlerini de bu sürece dâhil ettik. Aile hekimliği uygulamasının başlama tarihine göre aile hekimlerinin de kademeli olarak 2011 yılında bu konudaki çalışmalarını tamamlamalıdır.

Bakanlığımızın uygulayıcısı olduğu ikincil ve üçüncül mevzuattan 30 kadar yönetmelikte yukarıda belirtilen amaçlara hizmet edecek şekilde düzenlemeler yaptık.

Bu çalışmalar kapsamında yönetmelik değişiklikleri ile önemli kolaylıklar sağladık. Yıllık tekrar sayıları binlerle ifade edilebilecek hizmetlerin sunumunda bürokrasinin azaltılması ve idari basitleştirme işlemleri gerçekleştirdik.

4. Sağlık Bakanlığını Yeniden Yapılandırdık

Yürütmekte olduğumuz dönüşüm programının bileşenlerinden biri Sağlık Bakanlığı'nın planlama, yönetme ve denetleme kapasitesini güçlendirmektir. Bu amaçla Bakanlık teşkilatını yeniden yapılandırdık. Attığımız her adımda olduğu gibi bu yapılandırmada da insanı merkeze koyduk, vatandaşımızın ve sağlık sektörünün beklentilerini dikkate aldık. Bu çalışmada diğer ülke örneklerinin teorisini ve pratiğini inceledik. Yeniden yapılandırdığımız kurumların çağdaş normlarda verimli, etkili, saydam ve hesap verebilir olmalarını hedefledik.

Kanun Hükmünde Kararname İle Neler Yaptık?

A - Bakanlığın Yeni Yapısı

Yeni yapıda politika oluşturma, temel kuralları belirleme ve üst denetim görevlerini Bakanlığa verdik. Diğer fonksiyonların yerine getirilmesi için Bakanlığa bağlı kuruluşlar teşkil ettik. Bu kuruluşlar şunlardır:

1. Koruyucu ve temel sağlık hizmetlerini yürüten Türkiye Halk Sağlığı Kurumu,
2. Hastane hizmetlerini yürüten Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu,
3. İlaç ve tıbbi ürünlerle ilgili düzenleme ve denetleme yapan Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu.

Bakanlık ve bağlı kuruluşlarının yeni teşkilatlanması, en geç bir yıl içerisinde tamamlanacaktır. Bu süreçte kamu hastane birlikleri de kurulacaktır.



A1 - Bakanlık Merkez Teşkilatı

- Bakanlığın ve sağlık sisteminin politikalarını belirlemek üzere Sağlık Politikaları Kurulu oluşturduk. Böylece politika belirleyen yapı ile icracı yapıyı birbirinden ayırdık.
- Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü ve Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü gibi Bakanlığın yeni misyonuna uygun hizmet birimleri kurduk.
- Bakanlığın sürekli kurullarından Yüksek Sağlık Şurası ve Tıpta Uzmanlık Kurulu'nu muhafaza ettik. Ayrıca Sağlık Meslekleri Kurulu teşkil ettik. Bu kurul sağlık mesleklerinde eğitim müfredatı, meslekî alan ve dal belirlemesi gibi mesleki düzenlemelerde ve istihdam planlamalarında görüş bildirecek, mesleki yeterlilik değerlendirmesi yapacak ve etik ilkeleri belirleyecektir.

A2 - Taşra Teşkilatı

- Bakanlık taşra teşkilatını yeniden yapılandırarak il sağlık müdürlüğüne ilave olarak ilçe sağlık müdürlüğü kurulması imkânını getirdik. Ayrıca bağlı kuruluşlardan Halk Sağlığı Kurumu için illerde halk sağlığı müdürlüğü, Kamu Hastaneleri Kurumu için genel sekreterlik oluşturduk.
- Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı hastanelerin daha etkili, kaliteli ve verimli işletilebilmesi için il düzeyinde Kamu Hastane Birlikleri kuruyoruz. Birliklere ve bağlı hastanelere objektif kriterlere göre denetlenebilir ve hesap verebilir profesyonel ve çağdaş bir yönetim ve işletim sistemi getiriyoruz.
- Genel sekreterlik, birliğin en üst karar ve yürütme organıdır. Genel sekreterlik bünyesinde tıbbi hizmetler, idari hizmetler ve mali hizmetler başkanlıkları bulunur. Birliğe bağlı sağlık tesisleri hastane yöneticisi tarafından yönetilir. Hastane yöneticisine bağlı olarak başhekimlik, idari ve mali işler ile sağlık bakım hizmetleri müdürlükleri bulunur. Kurumca belirlenen norm ve standardı aşmamak kaydıyla genel sekreter tarafından belirlenen sayıda başhekim yardımcılıkları ve müdür yardımcılıkları oluşturulur. Genel sekreterliklerde sözleşmeli personel pozisyonuna bağlı olarak uzman personel ve genel sekreterliğin büro hizmetlerini yürütmek üzere büro görevlisi istihdam edilir.

B - Personel

- Hizmetlerin uzmanlaşmış personel eliyle yürütülmesi için sağlık uzmanı, özel bilgi ve ihtisas gerektiren nitelikli işler ve projeler için de sözleşmeli uzman çalıştırılmasına imkân sağladık.
- Bakanlık ve bağlı kuruluşlarında çalışan yöneticilerin ve diğer personelin performanslarının ölçülmesi ve değerlendirilmesini öngördük.
- Yeni kurduğumuz bağlı kuruluşlarda çalışanlar için de performansa dayalı ek ödeme sistemi getirdik.



- Sağlık hizmeti sunumu sırasında veya görevinden dolayı personelimize karşı işlenen suçlar kapsamındaki davalarda Bakanlıkça ücretsiz avukatlık hizmeti verilmesi imkânı sağladık.
- Eğitim ve araştırma hastanelerimizdeki kliniklerin çalışmasını daha verimli kılmak amacıyla klinik şefi ve yardımcılarını için eğitim görevlisi kadroları oluşturduk. Mevcut klinik şefi ve yardımcılarını eğitim görevlisi kadrolarına atadık.
- Üniversitelerle birlikte kullanılan sağlık kuruluşlarındaki akademik personelin akademik kadrolara atanabilmesi için Bakanlıktaki eğitim görevlisi kadrolarının kullanılabilmesi yolunu açtık.
- Hekim ve hemşire açığını dikkate alarak yabancı uyrukluların Türkiye’de çalışabilmesini sağladık. Tabiatıyla yabancı uyrukluların ülkemizde çalışabilmesi için diploma denkliği, Türkçe bilme ve gerekli diğer şartlar aranacaktır.
- Dış hekimliği fakültelerinde doktora eğitimi yapmakta olanlardan isteyenlerin Bakanlık kadrolarında maaşlı olarak eğitimlerine devam etmelerine imkân sağladık.
- Yeni yapılandırmada hâlen çalışan personelimizin müktesepelerini koruduk ve mağduriyetlerine mahal vermedik. Bu çerçevede kadro unvanları değişmeyenlerin, Bakanlık ve bağlı kuruluşlarına aynı kadro unvanıyla atanmalarını öngördük. Kadroları kaldırılanları ise durumlarına göre Bakanlık müşaviri veya araştırmacı kadrolarına atayarak eski ve yeni kadroları arasında varsa mali hak farklarının tazminat olarak ödenmesini sağladık.

C - Aile Hekimliği

- Ülkemizin aile hekimi uzmanı ihtiyacını gidermek için 2020 yılına kadar uygulanmak üzere sahada çalışan ve TUS’u kazanan aile hekimlerinin sözleşmeleri devam ettirerek uzmanlık eğitimi almalarına imkân sağladık.
- Aile hekimliği asistanlarının saha eğitimlerini aile hekimi olarak yapabilmelerine imkân sağladık.
- Aile hekimlerinin ve aile sağlığı elemanlarının sözleşmeli statüde geçirdikleri süreler, bu hizmetleri devam ederken memuriyetlerinde değerlendirilecek ve intibakları yapılacaktır.
- Aile hekimlerine sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, takibi ve kontrolündeki başarılarına göre pozitif performans uygulanacak ve buna göre ödeme yapılabilecektir.

D - Yatırımlar

- İleri teknoloji gerektiren tıbbi cihaz, ürün, hizmet ve ilaç sanayisinin geliştirilmesine ve desteklenmesine yönelik mali ve diğer teşvikler ile yurt dışından teknoloji transferine ve off-set uygulamalarına imkân sağladık.
- Ülkemizin sağlık alanında bölgesel bir cazibe merkezi hâline getirilmesi, yabancı sermaye ve teknoloji girişinin hızlandırılması amacıyla sağlık serbest bölgeleri kurulabilmesine imkân sağladık.



E - Muhtelif Düzenlemeler

- İnsani ve teknik yardım amacıyla yurt dışı sağlık hizmet birimleri kurulabilecektir.
- Sağlık hizmeti sunmaya yetkili kişi ve kurumlar sosyal amaçlı, gönüllü ve ücretsiz sağlık hizmeti verebilecektir.
- Televizyon ve radyo kuruluşlarına sağlıkla ilgili uyarıcı, bilgilendirici ve eğitici programları ayda 90 dakika ücretsiz yayımlama mecburiyeti getirdik.
- Bakanlık planlamalarına göre sağlık kuruluşu gerçekleştirecek yatırımcının daha adil biçimde belirlenebilmesi için sağlık kuruluşu açma yetkisini lisans şartına bağladık.
- Gıda üretimi, satışı ve temizlik hizmetleri ile ilgili iş yerlerinde çalışanlara hijyen konusunda eğitim verilmesini mecburi hâle getirdik. Halk sağlığını korumak amacıyla, bulaşıcı hastalığı ve bazı sağlık problemleri olanların, iyileşinceye kadar buralarda çalışmasına müsaade edilmeyecektir. Hizmet kalitesinin artırılması ve vatandaşlarımızın mali açıdan korunması amacıyla diş hekimliği muayenelerinde fiyat tarifesi yerine rehber fiyat uygulamasını getirdik.
- Sağlık mesleklerinin uygulamasından doğan hukuki ihtilafların yargı yoluna gidilmeden kısa sürede çözümü için taraflar arasında rızaya dayalı uzlaşma prosedürü getirdik.

5. Sağlık Politikaları Kurulu

Sağlık Politikaları Kurulu, Bakanlığın sağlık sistemi yönetimi ve politika belirleme ile ilgili temel görevlerini yerine getirmek üzere görevlendirilen on bir üye ile Müsteşar ve Müsteşar Yardımcılarından meydana gelir.

Kurul üyeleri, en az dört yıllık yükseköğretim mezunu ve sekiz yıl iş tecrübesi bulunanlar arasından Bakan tarafından görevlendirilir. Görev süresi iki yıldır ve süresi sona eren üyeler yeniden görevlendirilebilir.

Kurula Müsteşar veya görevlendireceği yardımcılarında biri başkanlık eder.

Kurul toplantılarına, görüşlerini almak üzere üniversiteler, meslek kuruluşları, sendikalar, sivil toplum kuruluşları ile bağlı kuruluşlardan ve Bakanlık birimlerinden yönetici veya uzman kişiler davet edilebilir.

Kurul bünyesinde, Bakanlığın görev alanı ile ilgili olarak bilimsel ve uzmanlık gerektiren konularda çalışma yapmak ve görüş bildirmek üzere danışma kurulları ve komisyonlar oluşturulabilir.

Danışma kurullarında ve komisyonlarda, Bakanlık ve bağlı kuruluşlarının personeli ile üniversitelerden ve diğer kamu kurum ve kuruluşları ile özel kurum ve kuruluşlardan veya yabancı uzmanlardan görevlendirme yapılabilir.

TÜRKİYE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI



C. UYGULAMA

6. Sınır Ötesi Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Birliği



1. Dinamik ve Sağlıklı Dış İlişkiler

Kültürel bağımız olan ülkeler başta olmak üzere birçok ülke ile kapsamlı ve yoğun bir iş birliğine sahibiz. Söz konusu iş birliği faaliyetlerine hukuki zemin kazandırılması amacıyla birçok ülkelerle sağlık alanında iş birliği anlaşmaları imzaladık. 2002 yılında 33 ülke ile 39 sağlık iş birliği anlaşması mevcut iken bugün 56 ülke ile 97 sağlık iş birliği anlaşmamız mevcuttur.

Bu anlaşmalarda sağlık personeli ve uzman değişimi, sağlıkla ilgili tüm konularda bilgi ve deneyim alışverişi, bilimsel kuruluşlar arasında doğrudan temasların sağlanması, özel sektörün ticari girişimlerinin desteklenmesi konularına ağırlık verdik.

Son dönemde başta Sudan, Yemen, Afganistan, Filistin, Balkanlar, Orta Asya ve Kafkas ülkeleri olmak üzere birçok ülke ile;

- Sağlık sistemlerinin oluşturulmasında teknik destek,
- Sağlık personelinin Türkiye’de eğitimi,
- Kongre ve konferanslar düzenlenmesi,
- Ameliyathalar gerçekleştirilmesi

gibi faaliyetleri hayata geçirmekte ve bilgi, teknoloji ve tecrübemizi paylaşmaktayız.

Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi Obezite ile Mücadele Bakanlar Konferansı, ülkemizin ev sahipliğinde ve Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ başkanlığında 15-17 Kasım 2006 tarihinde İstanbul’da düzenlendi. 2006 yılında DSÖ İcra Kurul üyeliğine o tarihte Bakanlığımız müsteşar yardımcılarında Prof. Dr. Sabahattin Aydın üç yıllık bir dönem için seçildi. Aydın, 1948 yılından bu yana İcra Kurulu’nda görev yapan dördüncü Türk bilim adamıdır. Diğer yandan Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi’ne üye 53 ülkenin sağlık bakanları ve üst düzey yetkililerinin başkanlığında oluşan heyetlerle katıldığı Kopenhag’daki 56. Avrupa Bölge Komitesi toplantısına Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ başkanlık etti. Yine 17-21 Mayıs 2010 tarihlerinde 193 üye ülkenin katıldığı 63. Dünya Sağlık Asamblesi toplantısında Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ başkan yardımcılığı yaptı.

A. Eğitim Çalışmaları

Yukarıda belirtilen sağlık iş birliği anlaşmaları çerçevesinde ya da Dışişleri Bakanlığı ve Başbakanlık TİKA Başkanlığı’nın talepleri doğrultusunda pek çok ülkenin sağlık personeline (doktor, hemşire, sağlık memuru, teknisyen vb.) ülkemizde kısa ve uzun süreli eğitimler vermekteyiz. Bu eğitimler, Bakanlığımız merkez teşkilatında ve Bakanlığımız eğitim ve araştırma hastanelerinde gerçekleştirilmektedir.

Bu eğitimler sonucu yabancı sağlık personeli, ülkemizde kazandıkları bilgi ve tecrübeyi kendi halklarının hizmetine sunmaktadırlar. Söz konusu personelin ülkelere dönüşte daha başarılı ve verimli bir şekilde hizmet verdikleri, bir kısmının bu eğitimlerden sonra mesleklerinde yükseldikleri heyetlerimizce bu ülkelere yapılan ziyaretlerde müşahede edilmektedir.



Bu tür çalışmalar, hem ilgili ülkenin insan kaynakları ve altyapısının gelişmesine destek sağlamaktadır hem de bu ülkelerde Türkiye'nin tanıtımına katkı yapmaktadır.

B. Hasta Tedavileri

KKTC, Afganistan, Arnavutluk, Azerbaycan, Kosova, Sudan ve Yemen Sağlık Bakanlıkları ile mevcut sağlık iş birliği anlaşmalarımız çerçevesinde, ülkelerinde tedavileri mümkün olmayan hastaları, belli bir kontenjan dâhilinde ülkemizde ücretsiz olarak tedavi ediyoruz. Ayrıca Dışişleri Bakanlığı'nın talep ettiği durumlarda uygun gördüğümüz yabancı uyruklu hastaları ülkemizde tedavi ediyoruz.

Irak ile imzaladığımız Sağlık Alanında İş Birliğine Dair Mutabakat Zaptı ve Moritanya ile imzaladığımız Sağlık Alanında İş Birliğine Dair Anlaşma'nın yürürlüğe girmesiyle birlikte her iki ülkeden hastaların, ülkemizde kontenjan dâhilinde ücretsiz tedavilerini sağlayacağız.

C. İlaç ve Tıbbi Malzeme Yardımları

Başbakanlık AFAD Başkanlığı ve TİKA Başkanlığı ile Dışişleri Bakanlığı'nın talepleri ve önerileri doğrultusunda zaman zaman yabancı ülkelere ilaç, tıbbi malzeme ve tıbbi cihaz yardımında bulunmaktayız.

D. Yurt Dışında Onarılan, Tıbbi Malzeme Desteği Verilen ve İşletme Desteği Sağlanan Sağlık Kuruluşları

• Sudan Kalakla Türk Hastanesi

1996 yılında ülkemiz tarafından yaptırılan Kalakla Türk Hastanesi'ni restore ettik. Türkiye'den temin edilen tıbbi cihaz ve malzemeler ile donatarak Haziran 2007'de yeniden tekrar hizmete açtık.

• Sudan Darfur Nyala Sahra Hastanesi

Türkiye Kızılay Genel Müdürlüğünce Nyala'da sahra hastanesi kuruldu. Söz konusu hastane'nin sağlık personeli Bakanlığımızca karşılandı. Sudan'a ilaç ve tıbbi malzeme gönderilmesine ilişkin çalışmalarımız devam etmektedir.

• Sudan Darfur Nyala Hastanesi

Nyala'da Başbakanlık TİKA Başkanlığı ile koordineli olarak yapımına başladığımız 150 yataklı hastane 2012 yılı sonunda hizmete girecek.

• Güney Sudan Juba Eğitim Hastanesi

Güney Sudan'ın başkentinde bulunan Juba Eğitim Hastanesi'nin ameliyathane, kadın doğum, çocuk ve görüntüleme bölümünü tamamen ülkemizden temin ettiğimiz tıbbi cihaz ve malzemelerle donattık.



♦ Moldova Cumhuriyeti Gökoğuz Yeri

Moldova Cumhuriyeti Gökoğuz Yeri Özerk Bölgesi'ne mali, teknik ve insani yardımlar yapmaktayız. Gökoğuz Yeri'nde bulunan Vulkaneşti, Komrat ve Çadır Lunga'da bulunan 3 hastanenin tıbbi cihaz ve malzeme ihtiyaçlarını ülkemizden karşıladık.

♦ Etiyopya

Etiyopya'da bulunan Black Lion Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin ameliyathane, kadın doğum, çocuk, yenidoğan ve görüntüleme bölümlerini ülkemizden temin ettiğimiz tıbbi cihaz ve malzemeler ile yeniden donattık.

♦ Pakistan

Pakistan'da yaşanan sel felaketinden sonra bölgede bulunan 7 hastanenin tıbbi cihaz ve malzeme ihtiyacını temin ederek 21 ve 28 Ocak 2011 tarihlerinde uçak ile gönderdik.

♦ Somali

Somali'de devam etmekte olan insani yardım faaliyetleri kapsamında 2 sahra hastanemiz Mogadişu'da hizmet vermektedir. Söz konusu hastanelerimizin ilaç, tıbbi cihaz ve tıbbi sarf malzemesi ihtiyacını karşılamaya devam etmekteyiz.

E. Ortak Sağlık Haftaları Düzenlenmesi

İmzaladığımız iş birliği anlaşmaları ve protokollere istinaden muhatap ülkelerle ortak sağlık haftaları etkinlikleri gerçekleştirmekteyiz.

Söz konusu etkinlikler kapsamında bir araya gelme fırsatı yakalayan bilim adamları, uzmanları ve profesyonelleri karşılıklı görüş alışverişinde bulunmakta ve mevcut iş birliği geliştirilmektedir.

Bu itibarla, bugüne kadar Afganistan, Sudan, Yemen, Nahçıvan, Irak, Suriye, Moritanya ve Moldova Cumhuriyeti Gökoğuz Yeri'nde ortak sağlık haftaları düzenledik. Söz konusu etkinlikler kapsamında ilgili ülkelerde ortak konferanslar ve çalıştaylar gerçekleşti. Bu sağlık haftaları kapsamında doktorlarımız yabancı meslektaşlarıyla ortak ameliyatlara ve sağlık kontrolleri gerçekleştirdiler.

F. Sağlık Sistemlerinin Güçlendirilmesi

Dünya Sağlık Örgütü'nün ana gündem maddelerinden biri de ülkelerde "Sağlık Sistemlerinin Güçlendirilmesi"dir. Bu itibarla, Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında hayata geçirdiğimiz uygulamalarımız sonucu elde ettiğimiz tecrübe ve bilgi birikimimizi aktarmak üzere Makedonya, Afganistan, Sudan, Kosova, Libya, Moritanya, Suriye ve Irak'a teknik destek ve danışmanlık hizmeti sunduk.



G. Afet ve Acil Durumlarda Uluslararası Yardım Çalışmaları

Bakanlık olarak dünyanın çeşitli ülkelerinde meydana gelen doğal afetlerde (deprem, tsunami, sel felaketleri vb.) ilgili diğer kurumlarla (Kızılay, Başbakanlık Türkiye Acil Durum Yönetimi Genel Müdürlüğü, Başbakanlık TİKA Başkanlığı, Dışişleri Bakanlığı, Genelkurmay Başkanlığı) iş birliğinde afet bölgelerinde yaşayanlara gerekli uzman personel, ilaç, tıbbi malzeme ve tıbbi cihaz desteğinde bulunmaktayız.

Bu çerçevede şunları gerçekleştirdik:

- İran'ın Bam kentinde meydana gelen deprem sonrasında bölgeye Aralık 2003'den itibaren toplam 81 kişilik sağlık ekibi gönderdik.
- Güney Asya'da yaşanan deprem ve tsunami felaketleri nedeniyle, Kızılay ekibi ile birlikte görev yapmak üzere 14 sağlık personelimizi Ocak 2005'de Endonezya'nın Aceh bölgesine gönderdik.
- Haiti'de Ocak 2010 tarihinde meydana gelen deprem sonrası, bölgeye yönelik olarak Hükümetimizce sağlanması öngörülen destek kapsamında Bakanlık olarak bir mobil hastane kurduk ve sağlık personeli görevlendirmesinde bulunduk.
- Pakistan'da meydana gelen sel felaketi sonrasında sağlık hizmeti sunmak üzere 2 mobil hastane, sağlık personeli, ilaç, tıbbi cihaz ve sarf malzemesi donanımı ile Ağustos 2010 tarihinde bölgede hizmet vermeye başladık. 2 hastanemiz hâlen Pakistan'da görev yapmaktadır.
- Somali'de yaşanan insanlık dramına seyirci kalmadık. Mogadişu'da kurduğumuz iki sahra hastanemizde hizmet sunmakta, ilaç ve tıbbi malzeme desteği sağlamaktayız.
- Libya'da yaşanan olaylarda yaralananları hastanelerimizde tedavi ettik. Başbakanlık AFAD koordinasyonunda ülkemize 575 Libyalı hasta getirdik, tedavi ettik. Libya'ya sağlık malzemesi ve ilaç gönderdik. Misurata'da Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi kurulmasına yönelik çalışmalara ise devam etmekteyiz.
- Suriye'de yaşanan olaylardan kaçarak ülkemize sığınanları geri çevirmedik. Ülkemizde bulunan yaklaşık 25 bin sığınmacıya sağlık hizmeti veriyoruz.

2. Avrupa Birliği Müzakere Sürecinde Yürüttüğümüz Çalışmalar

Katılım müzakerelerinin resmen başlamasıyla beraber sağlığı ilgilendiren konulardaki AB mevzuatına uyum çalışmalarında da yeni bir döneme girildi. Bakanlığımız uyum çalışmalarında "Sağlığın Korunması" alanından sorumludur ve bu konuda yapılan çalışmalar aşağıda özet olarak yer almaktadır.

A. Tüketicinin ve Sağlığın Korunması Faslı

Tüketicinin ve Sağlığın Korunması Faslı kapsamında Bakanlık olarak mevzuat uyumu, proje veya eylem planları çerçevesinde; bulaşıcı hastalıklar, kan ve kan bileşenleri, doku-hücre, organ nakli, tütün, alkol ve madde bağımlılığı, elektromanyetik alanlar*, kanser, beslenme ve fiziksel aktivite ile ruh sağlığı konularında düzenlemeler yaptık.

* Elektromanyetik alanlara ilişkin düzenleme yetkisi, Başbakanlığın ilgili yazısı temelinde Çevre ve Orman Bakanlığına devredildi.



Tüketicinin ve Sağlığın Korunması Faslı kapsamında Bakanlığımız sorumluluğunda bulunan kapanış kriterleri ile ilgili yaptığımız çalışmalar aşağıda açıklanmaktadır.

A.1. Bulaşıcı Hastalıklar

Türkiye AB üyelik sürecinde bulaşıcı hastalıkların gözetimi ve kontrolü sisteminin güçlendirilmesine dair çalışmalarına hız verdi ve önemli bir mesafe kaydetti.

“Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans ve Kontrol Esasları Yönetmeliği”ni 2007 yılında yayımladık. Avrupa Birliği mevzuatına paralel olarak yönetmeliği güncelledik. Bu alandaki mevzuatımızı AB mevzuatı ile uyumlu hale getirdik.

Bulaşıcı hastalıkların teşhisinde vaka ve laboratuvar temelli bildirimler yaparak bulaşıcı hastalıkların AB ile uyumlu veri ve teknik bilgi akışını sağladık. AB'nin bulaşıcı hastalıkların sürveyansı ve kontrolü ile ilgili temel kurumu olan Avrupa Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi (European Center for Diseases Prevention and Control (ECDC)) ile ilişkilerin geliştirilmesi yolunda önemli adımlar attık. Bulaşıcı hastalıklar alanında AB ile teknik destek ve bilgi paylaşımı gerçekleştirdik. Örneğin domuz ve kuş gribi gibi yeni ortaya çıkmış olan hastalıklarla mücadelede AB'nin bu alandaki temel kurumu olan ECDC ile birlikte çalıştık.

“Türkiye’de Bulaşıcı Hastalıkların Sürveyansı ve Kontrol Sisteminin Güçlendirilmesine Dair Stratejik Plan”ı yayımladık.

A.2. Kan ve Kan Ürünleri

Kan ve Kan Ürünleri Kanunu’nu 2007 yılında, Yönetmeliğini ise 2008 yılında yayımladık. Böylece mevzuat uyumunu tamamladık. Kan ve Kan Ürünleri Rehberi’ni 2009’da yayımladık*. Rehberi, 2011 tarihinde güncelledik. Yeni mevzuatla kanla ilgili tesislerin kalite sistemine dair teknik şartları düzenledik. Kan hizmetlerinin daha etkin olabilmesi için uygun şartları taşıyan hizmet birimleri oluşturduk ve bu birimleri ruhsatlandırdık. Ayrıca, bölge kan merkezlerinin faaliyete geçmesi çalışmalarına hız verdik.

Kan bağış organizasyonu yaparak bağışçıdan kan toplanması, test edilmesi, hazırlanması, depolanması ve dağıtımı konusunda Bölge Kan Merkezlerini (BKM) yetkilendirdik ve Bölge Kan Merkezlerini kurma yetkisini Türk Kızılayı’na verdik. Türk Kızılayı, 15 Bölge Kan Merkezi ve 56 Kan Bağış Merkezi oluşturarak güvenli kan teminini hastanelerimiz bünyesinde açılmış olan Transfüzyon Merkezleri aracılığıyla karşılamaktadır. Türk Kızılayı alt yapısını tamamlayana kadar, kan kullanım oranları yüksek olan ve Türk Kızılayı’nın kan ihtiyacını karşılayamadığı hastanelerin transfüzyon merkezlerine 1 yıllığına Süreli Bölge Kan Merkezi (SBKM) ruhsatı verdik. SBKM sayısını 2010 yılında 84 iken 2012 yılında 58’e indirdik.

* Kan ve Kan Ürünleri Rehberi, European Directorate for Quality of Medicine and Health Care (EDQM) rehberi temelinde hazırlandı. EDQM, bu alandaki rehberini güncellemiştir. Bu meyanda biz de Ulusal Kan Rehberi’nin güncellenmesi çalışmalarına başladık.



Vatandaşlarımızda kan bağıışı duyarlılığının artırılması ve kan bağıışının öneminin vurgulanması için sivil toplum örgütleriyle birlikte kampanyalar düzenledik. Yapılan çalışma, eğitim ve bilgilendirmeler sayesinde 2002 yılında 326.337 ünite olan kan bağıışı, 2011 yılında 1.276.212 üniteye çıktı.

2002 yılında %60 olan tam kan kullanım oranı, 2011 yılında %5'e düşürüldü. Yeni kan mevzuatıyla Bakanlığımız önemli bir adım attı ve bölge temelli kan merkezleri sistemine geçti. Böylece, takas yöntemi yerine güvenli kana erişimin olmazsa olmaz unsuru olan gönüllü, düzenli ve karşılıksız kan bağıışı sistemine geçiş yaptık ve halkımızın nakil işleminin tüm aşamalarını kapsayan güvenli kana AB standartları temelinde kolayca erişimini sağladık. Yeni sistemde, alıcıdan vericiye, vericiden alıcıya kanın tüm aşamaları izlenip ciddi reaksiyonlar ve olaylar Bakanlığımıza bildirilmektedir. Bakanlığımız da güvenli kana erişim için kapsamlı eğitimler yapmakta ve kanla ilgili tesislerin kalite sistemine dair teknik şartları düzenlemektedir.

Böylece, halkımız modern tesislerde gönüllülük temelinde elde edilecek güvenli kana çok daha kolay erişebilmektedir.

A.3. Doku ve Hücre

İnsan Doku ve Hücreleri ile Bunlarla İlgili Merkezlerin Kalite ve Güvenliği Hakkında Yönetmelik ile ilgili çalışmaları tamamladık, AB mevzuatına uyumu gerçekleştirdik.

Bu Yönetmelikle, insanlarda uygulanacak insan doku ve hücrelerinin ve bunlardan elde edilen ürünlerin bağıışlama, tedarik etme, etiketleme, kayıt altına alma, izleme, test etme, işleme ve bunlardan elde edilen ürünleri paketleme, işlevlerini koruyacak şekilde depolamaya hazırlama, depolama ve dağıtım aşamalarının tamamında AB standartlarını kullandık.

Böylece insan sağlığının en üst seviyede korunmasına yönelik kalite ve güvenlik standartlarını belirledik ve belirtilen işlemleri yapacak doku veya hücre merkezleri, tedarik kuruluşları ve test laboratuvarlarının açılmalarına, faaliyetlerine, tesis, personel ve hizmet alt yapı standartları ile denetlenmelerine ilişkin genel esasları da düzenledik.

Bilindiği üzere, doku ve hücre nakli, hayat kurtarabilen önemli bir tedavi edici yöntemdir. Dolayısıyla bu çalışmalar, halkımızın sağlık seviyesinin artmasına doğrudan katkı yapmıştır.

B. Fikri Mülkiyet Hukuku Faslı

Fikri mülkiyet hakları; sınai, bilimsel, edebi ve sanatsal alanlardaki fikir ürünlerini ve bu fikir ürünlerini üretenlerin haklarını ifade eder. Bakanlığımızı sınai haklar kapsamında ilaçta patent konusu özellikle ilgilendirmektedir. Ülkemizde sınai mülkiyet haklarının tescil işlemleri, Türk Patent Enstitüsü tarafından gerçekleştirilmektedir.

İlaçta patent, Bakanlığımızı sonuçları itibarıyla ilgilendirmektedir. İlaç, diğer ürünlere oranla daha uzun zaman alan ve daha yüksek maliyetli bir araştırma-geliştirme sürecinin sonucu bir üründür. Bu nedenle ilaç alanındaki yeniliklerin teşvik edilmesi ve geliştirilmesi için "ilaç patenti" özel bir öneme sahiptir.



Ayrıca Bakanlığımız, ülkemizde ilaç alanında yapılan AR-GE çalışmalarını ve inovatif girişimleri desteklemektedir. Bakanlığımız yeniliği ve inovasyonu desteklerken ilaca erişimin önünde önemli engeller oluşturabilecek “ever greening” benzeri stratejilerle “Fikri Mülkiyet Hakları”nın kötüye kullanımı konusunda karşıt politikasını sürdürmektedir.

C. Çevre Faslı

Bu başlık altında içme suyu, yüzme suyu ve biyosidal (böcek öldürücüler vb.) ürünler ile ilgili çalışmalar yaptık.

C.1. İçme Suyu Hakkında Yönetmelik

“İnsani Tüketim Amaçlı Sular Hakkında Yönetmelik”i yayımlayarak içme suyuyla ilgili AB mevzuatını uyumlaştırdık. Suların sağlıklı olarak tüketilmesi ile üretim tesislerinin kalitesinin fiziksel kontrolü bu Yönetmelik çerçevesinde gerçekleştirilmektedir.

Aynı zamanda bu Yönetmelik kapsamında içme sularının izlenmesi, denetlenmesi ve raporlanması konusunda çalışmalar yapıyoruz. Gerekli durumlarda Bakanlığımız yaptırımlar uygulamaktadır.

C.2. Yüzme Suyu Kalitesine İlişkin Yönetmelik

Bakanlığımızca “Yüzme Suyu Kalitesine İlişkin Yönetmelik” kapsamında yüzme suyu kalitesinin izlenmesinin güçlendirilmesine yönelik olarak hazırlanan proje AB tarafından kabul edilmiştir. AB müktesebatına uyumlaştırılması kapsamında yönetmelik hazırlama çalışmalarımız devam etmektedir. Söz konusu yönetmeliği 2012 yılında uygulamaya koyacağız. Ayrıca, yüzme sularının kalitesinin düzenli takibi ve gereken durumlarda gerekli önlemlerin alınması ile ilgili Orman ve Su İşleri Bakanlığı ile koordineli olarak çalışmaktayız.

C.3. Biyosidal Ürünler

Biyosidal Ürünler Yönetmeliği konusunda 2008 yılında sona eren bir AB projesini başarıyla yürüttük. Bu proje sonrasında 2009 yılında Biyosidal Ürünler Yönetmeliği’ni yayımladık. Proje sona erdikten sonra 200 biyosidal ürün denetçisine yönelik eğitimler yaptık.

D. İş Kurma Hakkı ve Hizmet Sunum Serbestisi

İş kurma hakkı ve hizmet sunumu serbestisi, “Tek Pazar”ın dört temel serbestisinden birini oluşturmaktadır. Bu fasıl çerçevesinde üye devletler, AB’nin her yerinde iş kurma hakkı ve hizmet sunma serbestisinin ulusal mevzuat tarafından engellenmemesini sağlamakla yükümlüdür. Belli mesleklerin icra edilmesini kolaylaştırmak amacıyla, mesleki niteliklerin ve diplomaların karşılıklı tanınmasına ilişkin özel kurallar getirilmektedir. Söz konusu mesleki niteliğin AB üyesi bir devlette tanınması için uyumlaştırılmış bir müfredatın izlenmesi gerekmektedir.

** “Ever greening” olarak tanımlanan strateji, referans (innovatif) ilaç üreticisinin aynı ilacın farklı özelliklerini devam patentleriyle koruma altına aldırmasını ifade etmektedir. Bu strateji, referans ilaç üreticisi lehine bir durum oluştururken, rakip eşdeğer ürünlerin piyasadan uzak tutulması ve halkın ilaca erişiminin engellenmesi yönünde olumsuz etkilere sebep olmaktadır.



Bu fasılda mesleki nitelikler ve bunların üye ülkeler arasında karşılıklı tanınması büyük önem taşımaktadır. AB, bu fasıl çerçevesinde meslek gruplarını ikiye ayırmakta ve bu iki gruba iki ayrı sistem uygulamaktadır.

İlk grup meslekler; asgari eğitim şartları, müfredatı ve ders süreleri gibi hususların açıkça düzenlendiği ve tüm üye ülkelerde yeknesak uygulamanın zorunlu olduğu mesleklerdir. Bunlar; hekimlik, diş hekimliği, eczacılık, hemşirelik, ebelik, veterinerlik ve mimarlıktır. AB düzeyinde eğitimine standardizasyon getirilen bu mesleklerde mesleki niteliğin “otomatik tanınması” sistemi uygulanmaktadır.

Bakanlığımızın da hazırlık çalışmalarına katkı verdiği ve Yükseköğretim Kurulu tarafından hazırlanan “Doktorluk, Hemşirelik, Ebelik, Diş Hekimliği, Veterinerlik, Eczacılık ve Mimarlık Eğitim Programlarının Asgari Eğitim Koşullarının Belirlenmesine Dair Yönetmelik”in yürürlüğe girmesiyle doktorluk, hemşirelik, ebelik, eczacılık ve diş hekimliği mesleklerinde AB eğitim müfredatına ve asgari eğitim sürelerine uyum sağlandı.

Bu fasılın konusu olan ikinci grup meslekler, AB’de mesleğin icrası için gerekli olan asgari eğitim şartlarına dair herhangi bir düzenlemenin bulunmadığı tüm meslek gruplarıdır. Üye ülkeler bu mesleklere dair kendi iç düzenlemelerini yapıp yapmamakta ve eğer yapacaksa o mesleğin icrası için asgari şartların belirlenmesi hususunda serbest bırakılmışlardır.

Bu kapsamda Türkiye’de hâli hazırda icra edilen ancak yasal olarak düzenlenmemiş olan 26 meslek, 2011’de yürürlüğe giren 6225 sayılı Kanun ile düzenlendi. Söz konusu mesleklerin sahipleri; klinik psikolog, fizyoterapist, odyolog, diyetisyen, dil ve konuşma terapisti, podolog, sağlık fizikçisi, anestezi teknisyeni/teknikeri, tıbbi laboratuvar ve patoloji teknikeri, tıbbi laboratuvar teknisyeni, tıbbi görüntüleme teknisyeni/teknikeri, ağız ve diş sağlığı teknikeri, diş protez teknikeri, tıbbi protez ve ortez teknisyeni/teknikeri, ameliyathane teknikeri, adli tıp teknikeri, odyometri teknikeri, diyaliz teknikeri, fizyoterapi teknikeri, perfüzyonist, radyoterapi teknikeri, eczane teknikeri, iş ve uğraşı terapisti (ergoterapist), iş ve uğraşı teknikeri (ergoterapi teknikeri), elektronörofizyoloji teknikeri, mamografi teknikeridir.

E. Malların Serbest Dolaşımı Faslı

Malların Serbest Dolaşımı Faslı, geniş ve birbiriyle yakından ilişkili pek çok alanın düzenlenmesiyle ilgili hususları içermektedir. Fasıl; gümrük vergileri, eş etkili vergiler ve miktar kısıtlamalarının kaldırılmasının yanı sıra standardizasyon, akreditasyon, piyasa gözetimi ve denetimi gibi yatay konularla birlikte ticarete konu olan ürünlere ilişkin ortak düzenlemeleri de kapsamaktadır.

Malların Serbest Dolaşım Faslı kapsamında oyuncaklar, deterjanlar, tıbbi cihazlar, beşeri tıbbi ürünler, kozmetikler, özel tıbbi amaçlı diyet gıdalar, piyasa gözetimi ve denetimi, düzenlenmemiş alan bildirim prosedürü ve iyi laboratuvar uygulamaları konularında uyum çalışmalarını gerçekleştirdik.



Müzakereler çerçevesinde fasıla ilişkin koordinasyon Ekonomi Bakanlığı tarafından gerçekleştirilmekte, açılış-kapanış kriterleri ve pozisyon belgelerinin hazırlanması ile ilgili çalışmalar Avrupa Birliği Bakanlığı tarafından yürütülmektedir.

Fasıl için 5 açılış kriteri belirlenmiştir; 3. kriter doğrudan Bakanlığımızı ilgilendirmekte olup “Türkiye, eczacılık ürünleri de dâhil “yatay ve prosedürel tedbirler” için gerekli mevzuat uyumunu ve uygulamasını sağlamak üzere ara hedefleri de içeren bir eylem planı sunmalıdır.” şeklindedir.

Fasıl koordinatörü olan Ekonomi Bakanlığı, 2007 yılında açılış kriterlerine ilişkin çalışmalar yürüttü ve bir eylem planı hazırladı. Bakanlığımız bu çerçevede söz konusu kriterde de ifade edildiği üzere beşeri tıbbi ürünlere ilişkin mevzuat uyumunu içeren genel bir plan sundu.

F. Piyasa Gözetimi ve Denetimi (PGD) Altyapısının Geliştirilmesi Kapsamında 2003-2011 Yılları Arasında Yapılanlar Çalışmalar

Piyasa Gözetimi ve Denetimi (PGD); yetkili kamu kuruluşlarının, yetki alanında bulunan ürünlerin piyasaya arzı veya dağıtım aşamasında veya ürünler piyasadayken bu ürünlerin ilgili mevzuata uygun olarak üretilip üretilmediğini, güvenli olup olmadığını denetlemesi faaliyetidir.

Bakanlığımız, denetim yetkisini halkın sağlığını korumak amacıyla uzun yıllardır kullanmasına karşın AB uyumu çerçevesinde denetim kavramı yeni bir boyut kazandı.

Bu amaçla, 25 Haziran 2007 tarihinde “Sağlık Bakanlığınca Yapılacak Piyasa Gözetimi ve Denetiminin Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik”i yayımladık.

PGD ile insan sağlığı ve güvenliğinin en üst seviyede korunmasını esas alan, piyasadaki güvensiz ve standart dışı ürünlerden halkı korumaya yönelik ve aynı zamanda bu ürünlere karşı kısa sürede etkin tedbirler almaya imkân sağlayan bir sistem geliştirdik.

PGD alanında bugüne kadar laboratuvar altyapısının güçlendirilmesi, denetim yapacak personelin eğitilmesi ve sertifikalandırılması, denetimlerin koordine edilmesi ve güvensiz ürünlere karşı gerekli tedbirlerin uygulanmasına ilişkin faaliyetler gerçekleştirdik.

PGD kapsamında, Bakanlığımız sorumluluğunda bulunan tıbbi cihazlar, kozmetikler, oyuncaklar ve deterjanların denetimlerini yapıyoruz. Çamaşır suları, havuz suyunda kullanılan yardımcı kimyasallar, hava aromatize edici ürünler, hijyenik pedler ve çocuk bezleri gibi ürünlerde denetim faaliyetleri ile ilgili mevzuatı ise 2009 ve 2010 yılında yayımladık.

663 sayılı “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” ile PGD’yi Bakanlığımızın görevleri arasında yeniden tanımladık. Bu kapsamda, PGD’nin daha etkin yürütülmesi için teşkilat yapımızda değişikliğe gittik.



G. AB Projelerine İlişkin Durum

Sağlık Bakanlığı tarafından 2003-2011 yılları arasında AB tarafından finanse edilen ve Bakanlık olarak yürüttüğümüz projeler aşağıda belirtilmiştir:

2004, 2005 ve 2008 yıllarında sunulan;

- Türkiye’de Bulaşıcı Hastalıkların Epidemiyolojik Sürveyansı ve Kontrolü Sisteminin Güçlendirilmesi - I
- Türkiye’de Bulaşıcı Hastalıkların Epidemiyolojik Sürveyansı ve Kontrolü Sisteminin Güçlendirilmesi - II
- Türkiye’de Bulaşıcı Hastalıkların Epidemiyolojik Sürveyansı ve Kontrolü Sisteminin Güçlendirilmesi - III

başlıklı projeler ile bulaşıcı hastalıklar alanında müktesebata uyum yönünde önemli adımlar attık.

AB destekleri kan, doku-hücre ve organ konularındaki fonlar ile devam etmiştir. 2008 yılında sunulan “Kan Tedarik Sisteminin Güçlendirilmesi Projesi” ile kan alanında kalite ve güvenlik şartlarını AB normlarına yakınlaştırmak için çalışmalar yürüttük.

Doku ve hücre nakli hızlı gelişen tıp uygulamaları arasındadır. Tedavi edilemeyen birçok hastalık için yeni fırsatlar ortaya koymaktadır. Doku ve Hücrede Uyum Projesi ile bu alanda kalite ve güvenlik standartlarının sağlanması böylelikle uygulamalardaki enfeksiyon risklerinin en aza indirilmesi amaçlanmaktadır. Organ Bağışında Uyum Projesi ile de organ bağışında ve naklinde kalite ve güvenlik standartlarının temin edilmesini hedefliyoruz.

60 milyon Avro’luk bir bütçeye sahip “Üreme Sağlığı Programı” ile kurumsal kapasitenin artırılmasına yönelik çalışmalar yaptık ve ayrıca hibe programları ile sivil toplum kuruluşlarını da destekledik.

Birbirinden farklı beş faydalanıcısı olan “Türk Uygunluk Değerlendirme Kurumlarına Destek Projesi”nde (2002-2007) Sağlık Bakanlığı için AB mevzuatına uyum konusunda belli aşamaya gelinen deterjanlar, tıbbi cihazlar ve oyuncaklarda PGD laboratuvarları için alt yapı desteğinin sağlanması ve laboratuvar personelinin eğitimi amaçlandı. Proje kapsamında tıbbi cihazlar ve deterjan laboratuvarları için ekipman desteği sağlamış ve personelimizi de konuyla ilgili olarak eğitmiş durumdayız.

Yine bir AB projesi olan ve PGD faaliyetleri kapasitesinin güçlendirilmesine ilişkin beş ayrı Bakanlık ile ortak yürütülen “Belirli Alanlardaki Piyasa Gözetimi ve Denetimi Faaliyetleri İçin Türkiye’de Bakanlıkların Kapasitelerinin Güçlendirilmesi Projesi” (2006-2008) kapsamında tıbbi cihazlar için PGD stratejisi oluşturduk ve izleme sistemi kurarak merkez teşkilatı personelinin ve denetçilerini eğittik.



Avrupa Birliği Leonardo da Vinci Mesleki Eğitim Programı çerçevesinde desteklenen “Oyuncak Güvenliği Projesi”ni, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı (RSHMB) koordinasyonunda çeşitli üniversite ve firmaların katılımıyla 2007- 2008 yılları arasında tamamladık. Projeyi İspanya, Portekiz ve İtalya ile ortaklaşa yürüttük. Bu proje ile 0-14 yaş grubundaki tüketicilerin eğitiminden sorumlu eğitimcileri, oyuncak sektöründe faaliyet gösteren üretici, ithalatçı, dağıtıcı vb. aktörleri ve denetçileri, oyuncak güvenliği ve çocuk sağlığı konusunda bilinçlendirdik. Proje kapsamında tüketicileri, özellikle oyuncak seçiminin doğru yapılması ve oyuncakların riskleri konusunda; sektör temsilcilerini ise teknik kılavuzlar, bilimsel araştırmalar, raporlar ve özellikle standartlar konusunda bilgilendirdik.

Oyuncak güvenliğinin sağlanması konusunda yürüttüğümüz diğer iki proje ile de çocukların daha güvenli oyuncaklara erişimi için çalışmalar yaptık.

“İyi Laboratuvar Uygulamaları Projesi (GLP)” Bakanlığımızın koordinasyonunda, Çevre ve Orman Bakanlığı ile Tarım ve Köyişleri Bakanlığı tarafından ortak yürütölen bir projedir. Haziran 2006’da başlayan ve 18 aylık bir süreci kapsayan projenin amacı, GLP’ye ilişkin AB mevzuatının uyumlaştırılarak uygulanması için idari ve teknik kapasitenin güçlendirilmesidir. Proje kapsamında yeni bir mevzuat hazırladık.

2007 yılında sunulan “Aşıların ve Serumların Kalite Kontrol Testleri Projesi” ile RSHMB Biyolojik Kontrol ve Araştırma Laboratuvarı’nı AB standartlarına uyumlu hâle getirdik.

H. Mevzuat Uyumu

Tıbbi cihazlar, tıbbi ürünler, kozmetikler, deterjanlar, tütün ve tütün mamulleri, oyuncaklar, biyosidal ürünler, bulaşıcı hastalıklar, sağlık meslekleri, kan ve kan bileşenleri, doku/hücre, laboratuvar altyapısının güçlendirilmesi gibi halk sağlığı konularında AB mevzuat uyumunu gerçekleştirdik.

663 sayılı “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” ile Bakanlık teşkilat yapısında köklü değişikliklere gittik. Söz konusu KHK ile birlikte “Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu” ve “Türkiye Halk Sağlığı Kurumu”nu kurduk. Bu kapsamda 2008 yılında yayımlanan “Avrupa Birliği Müktesebatının Üstlenilmesine İlişkin Türkiye Ulusal Programı”nda Bakanlık olarak taahhüt ettiğimiz iki tedbiri yerine getirdik.

Yukarıda sıralanan ürün grupları ve alanlarda AB mevzuatındaki güncellemelere paralel olarak mevzuat çalışmalarımıza devam etmekteyiz.

TÜRKİYE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI



C. UYGULAMA

7. Çok Yönlü Sağlık Sorumluluğu



1. Kamu-Özel Ortaklığı

Şehir hastaneleri gibi büyük yatırımlar ve bunlarla ilişkili hizmetlerin tasarım ve yönetiminde özel sektörün sermaye ve tecrübesinden istifade ederek sağlık hizmetlerini daha etkin ve verimli sunmak amacıyla Kamu-Özel Ortaklığı modelini kullanmaya başladık.

Bu model ile ülkemizin ihtiyacı olan yeni hastane kampüslerini yapacağız.

Neden Hastane Kampüsleri?

Ülkemizdeki sağlık hizmet etkinliğinin artırılması açısından;

- Tedavi çeşitliliğini ülke geneline yaymak,
- Bölgesel gelişimi sağlık alanında tamamlamak,
- Hizmet kalitesini artırmak,
- 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 hizmetlerinde 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...

2. Kamu Kuruluşları

A. TOKİ ile İş Birliği

Başbakanlık Toplu Konut İdaresi Başkanlığı (TOKİ) ile iş birliği içinde çalışıyoruz. İmzaladığımız protokolle Bakanlığımızın ihtiyacı olan tesislerin TOKİ tarafından inşasına imkân vererek hazineye yük getirmeden yeni bir kaynak oluşturduk.



Bu protokole istinaden yapımı tamamlanan inşaatlar ile yapımı devam eden inşaatların finansmanının 1/3'ü nakit, 1/3'ü arsa karşılığı, kalan 1/3'ünün ise vadeli karşılanması esası getirilmiştir.

Mahsuplaşılacak arsaların bir kısmı Bakanlığımıza tahsisli, bir kısmı ise Hazineye tahsislidir. Mevcut arsa stoku oluşturulurken kamulaştırma yoluna da gidilmektedir.

Bu kaynakla ülkemize, çağdaş hastanecilik vizyonuna uygun yapılar kazandırıyoruz. İnşa edilen hastanelerimizin modern mimarisi, nitelikli tek ve iki kişilik hasta odaları, kapalı otopark ve çevre düzenlemeleri mevcuttur. Aynı protokol kapsamında yapılacak sağlık tesislerinin, tıp ve teknolojiye hızlı gelişmelerin kullanılmasına imkân verecek akıllı binalar modeliyle inşa edilmesini hedefledik.

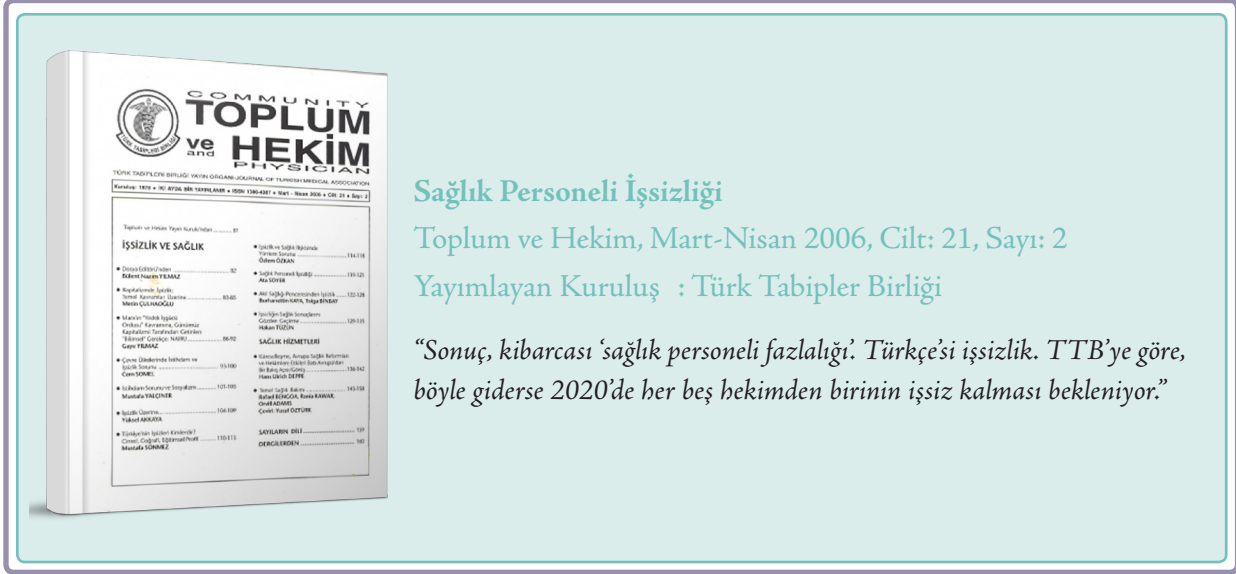
Bu protokol kapsamında 1.383.700 metrekarede 7.776 yatak kapasiteli 40 proje gerçekleştirdik. 3.657.295 metrekarelik 20.130 yatak kapasiteli 132 projenin hâlihazırda yapımı devam etmektedir. Bunlara ilaveten, 1.379.742 metrekarelik 9.105 yatak kapasiteli 52 proje ihale edilme sürecinde olup yaklaşık 3.547.600 metrekarelik 19.670 yatak kapasiteli 166 projeyi de hayata geçirmeye hazırlanıyoruz.

B. YÖK ile İş Birliği ve Üniversiteler

Türkiye'de hekim sayısı çok yetersizdir. Türkiye, DSÖ Avrupa Bölgesi'ndeki 53 ülke arasında yüz bin kişiye düşen hekim sıralamasında 52. sıradadır. Yüz bin kişiye düşen hekim sayısı DSÖ Avrupa Bölgesi'nde 326 iken bu rakam Türkiye için 169'dur. Yani Türkiye'nin yüz bin kişiye düşen hekim sayısı DSÖ Avrupa Bölgesi'nin yarısı kadardır.

Ülkemizde hekim sayısının çok düşük olmasının en önemli sorumlusu Türk Tabipler Birliği'dir. Türk Tabipler Birliği on yıllardır tamamen ideolojik sebeplerle Türkiye'de hekim sayısının yeterli olduğunu savundu. Hiçbir bilimsel kanıta dayalı olmayan bu ideolojik yaklaşımıyla ne yazık ki 2003 öncesi yönetimleri etkilemeyi başardı. 2008 yılına kadar maalesef YÖK'te bu ideolojik yaklaşımın etkisi altında kaldı. Mesela 1983 yılında tıp fakültesine kayıt yaptıran öğrenci sayısı 5.367 iken 2007 yılında yani 24 yıl sonra kayıt yaptıran öğrenci sayısı 5.253'tür.

Tabipler Birliği'nin on yıllardır süren bu ideolojik yaklaşımının ülkemize faturası ağır olmuştur. Hekim sayımız çok yetersiz olduğu için Avrupadaki meslektaşlarına göre hekimlerimizin iş yükünün çok ağır olduğu bir gerçektir. Ne var ki vatandaşımızın sağlık sorunlarını bu ülkede ve mevcut hekimlerle çözmek zorundayız. Hekimlerimizin iş yükünün ağırlığına bağlı zaman zaman istenmeyen durumlar ortaya çıkabilmektedir. Sorun mutlak sayıda hekim eksikliği olduğu için çözümün tam sağlanması zaman alacaktır. Hekimlerin ağır iş yükü üzerinden Türk Tabipler Birliği'nin ortaya koyduğu ideolojik tavır ise tam bir ironidir.



Sağlık Personeli İşsizliği

Toplum ve Hekim, Mart-Nisan 2006, Cilt: 21, Sayı: 2

Yayımlayan Kuruluş : Türk Tabipler Birliği

“Sonuç, kıbarcası ‘sağlık personeli fazlalığı’. Türkçe’si işsizlik. TTB’ye göre, böyle giderse 2020’de her beş hekimden birinin işsiz kalması bekleniyor.”

Toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi ve sağlıklı bir hayatın devam ettirilmesinde sağlık çalışanlarının büyük önemi vardır. Bu sebeple sağlık alanında çalışan personelin sayısı, eğitimi, eğitim aldığı mekân ve hizmet şartları önemlidir. Sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli bir şekilde yürütülebilmesi için sağlık personelinin yeterli sayıda ve çağdaş kıstaslara göre yetiştirilmesi ve iyi bir planlama ile ülke çapında dengeli bir şekilde dağılımı sağlanmalıdır.

Bu bağlamda Bakanlığımızın 2007 yılından itibaren Yükseköğretim Kurulu (YÖK) ile yürüttüğü yakın iş birliği neticesinde sağlık eğitimi ile ilgili üniversite kontenjanlarında artışlar sağladık (Tablo 13).

YÖK ile birlikte insan kaynakları raporunu hazırladık. Tıp fakülteleri ile ortak çalışıyoruz. Bunu hem eğitim, hem araştırma hem işletmecilik alanında geliştireceğiz.

Tablo 13. Üniversite Kontenjanları Karşılaştırması

Bölüm	2006-2007 Kontenjanı	2011-2012 Kontenjanı
Tıp Fakültesi	4.953	8.880
Diş Hekimliği	1.072	2.271
Eczacılık	1.009	1.509
Hemşirelik	4.348	11.680
Ebelik	1.350	1.927

Kaynak: YÖK



Bakanlık ve bağılı kuruluşlarına ait sağılık tesisleri ile üniversiteler arasında ortak kullanım ve iş birliğı yapılmamasına imkân sağladık.

2011 yılı sonu itibariyle 14 üniversite ile yapılan protokoller kapsamında ortak kullanım ve iş birliğı uygulamaları başarılı bir şekilde yürütölmektedir.

C. Milli Eğitim Bakanlığı ile İş Birliğı

Okul çağındaki çocukların sağılıkları ile ilgili farkındalık oluşturacak program ve projeler yürütöyoruz. Bu kapsamda CD, broşür, kitap, tiyatro vb. iletişim araçlarını kullanıyoruz. Beslenme Dostu Okul Projesi ve Okul Diyabet Programı'nı başlattık. Okul kantinlerine yönelik düzenlemeler yaptık, sağılıklı mönülerin uygulanması programını sürdüröyoruz. Beden eğitimi öğıretmenleri ile obezitenin önlenmesi ve fiziksel aktivitenin teşviki ile ilgili program yaptık, devam ediyoruz. Çocuklara egzersiz alışkanlığı kazandırmak için müfredata yeni dersler eklendi ve beden eğitimi ders saatleri artırıldı (1-3. sınıflarda haftada 3, 4-8. sınıflarda haftada iki saat). Diğere taraftan "Sağılıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı" kapsamında hazırlanan sağılıklı beslenme eğitim modüllerini kullanarak ilköğretim okullarında öğıretmen, öğırenci ve ailelerin eğitimini sürdüröyoruz.

Okulların hijyen kalitesini gösteren "Beyaz Bayrak Projesi"ni yürütöyoruz.

D. Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı ile İş Birliğı

Zoonotik, vektörel kaynaklı ve paraziter hastalıklarla mücadelede multidisipliner bir yaklaşımla mücadele ve kontrol çalışmalarının yürütölmesi gerekmekte olup Bakanlığımız tarafından başta Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı olmak üzere ilgili kurum ve kuruluşlarla iş birliğı içerisinde çalışmalar sürdürölmektedir.

Bu kapsamda Kırım Kongo Kanamalı Ateşi Hastalığı ile mücadelede hastalığın sirkülasyonunda ve bulaşmasında biyolojik vektör olan kene popölasyonunun kabul edilebilir bir seviyeye indirilebilmesi gerekmektedir. Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı ile çiftlik hayvanlarında kene mücadelesi konusunda iş birliğı yaptık -kaynak aktarımı dâhil- gerekli desteğı sağladık. Kuduz ile mücadelede gerek Bakanlık düzeyinde gerekse il teşkilatı düzeyinde ortak çalışmalarda bulunuyoruz. Tularemi'nin kontrolü ve önlenmesine yönelik fare mücadelesi çalışmaları yürütöyoruz. "Türkiye'de Şarbon Yönünden Hiperendemik Bölgelerde Bacillus Anthracis İnfeksiyonunun Moleküler Epidemiyolojisi ve İzolatların Antibiyotik Duyarlılıklarının Belirlenmesi Projesi" kapsamında veteriner hekimlere yönelik eğitim programları düzenledik. Kuş gribinde, halk eğitimine yönelik ortak iletişim stratejileri ve eğitim materyalleri geliştirdik. Personel eğitimi konusunda ortak tatbikatlar düzenledik. Evcil kanatlılarda sürveyans çalışmasını sürdüröyoruz.

Gıda güvenliğı konusunda, gıda kaynaklı zehirlenmelerin ve salgınların önlenmesinde Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı ile iş birliğı içinde çalışıyoruz.



E. Çevre ve Şehircilik Bakanlığı ve Orman ve Su İşleri Bakanlığı ile İş Birliği

Çevre ve Şehircilik Bakanlığı ve Orman ve Su İşleri Bakanlığıyla;

- Sağlıklı su temini ile su kaynaklarının korunması,
- Gürültü ve hava kirliliğinin önlenmesi veya azaltılması,
- Sanayi kuruluşları ile faaliyetleri esnasında halkın sağlık ve huzurunu bozabilecek her türlü tesis ve işletmelerin sağlığa uygun hizmet vermesinin sağlanması,
- İnsan sağlığını tehlikeye düşürecek çöp, gübre ve vektör gibi zararlı amillerle mücadele,
- Doğal kaynakları korumak için çevre kirleticilerinin kontrol altına alınması,
- Doğal afetlerde, çevre sağlığı hizmetlerinin yerinde, zamanında ve etkili bir şekilde yapılmasının sağlanması konularında birlikte çalışıyoruz.

F. Milli Savunma Bakanlığı ile İş Birliği

Türk Silahlı Kuvvetleri ile de üreme sağlığı ve aile planlamasında erkeklere yönelik eğitim çalışmaları başlattık. 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” verdik. Eğittiğimiz bu personel vasıtasıyla tüm birliklerde üreme sağlığı eğitimlerini başlattık. Böylece her yıl 500 bin genç erkek üreme sağlığı eğitimi almış olarak evine dönmektedir. 2004 yılından 2011 yılı sonuna kadar 4 milyondan fazla er ve erbaşa bu eğitimi verdik.

G. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ile İş Birliği

Özürlülük ölçütü, sınıflandırması ve özürlülere verilecek sağlık kurulu raporları ile ilgili düzenlemeleri birlikte yaptık.

Özürlülerin sağlık kuruluşlarına erişimi ve bakım hizmetleri, sağlık hizmetlerinin yürütülmesi alanlarında ortak çalışmalar yaptık, yapıyoruz.

Özürlü veri bankasının düzenlenmesi ile ilgili çalışmalarda bulunduk.

H. Sağlık Finansmanında Beşli İş Birliği (Hazine Müsteşarlığı, Maliye Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı)

Sağlık harcamalarının sistematik olarak izlenmesi, değerlendirilmesi ve gerekli stratejilerin geliştirilmesi amacıyla Sağlık Harcamaları İzleme ve Değerlendirme Komisyonunu kurduk.

Sağlık harcamalarındaki gelişmeler paydaş kurumlara bildirilmekte, Sağlık Bakanlığı tarafından ekonomi yönetimine bu konuda düzenli bilgi sağlanmaktadır.

Kamu sağlık harcamaları ile sağlık hizmet sunucularına yapılacak ödemelerin tespiti bu komisyonca hazırlanan veriler üzerinden yapılmaktadır. Komisyon tarafından sağlık harcamalarının gelişimine ilişkin analizler yapılmakta ve bu analizler sonucunda gerek duyulması halinde yeni politikalar belirlenmektedir.



Global bütçe işlemleri, SUT fiyatlarının tespiti, ilaç fiyatlarının belirlenmesi ve sağlık hizmetleri yatırım planının hazırlanması konularında ortak akla ulaşarak uyumlu çalışmalar yapılmaktadır.

I. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ile İş Birliği

Meslek hastalıkları ile ilgili düzenlemelerde birlikte çalışıyoruz. Bu kapsamda birlikte mevzuat ve bilişim alt yapısı oluşturuyoruz. İş yeri hekimliği ile ilgili düzenlemeleri makro sağlık politikalarımıza uygun şekilde beraber yapıyoruz.

3. Uluslararası Kuruluşlar

A. DSÖ ile İş Birliği

“Sağlık sistemi fonksiyonları birbiri ile bağlantılıdır; bu sebeple performansın geliştirilmesi için birden fazla sistem işlevi üzerinde koordineli eylemleri içeren tutarlı bir yaklaşım gerekmektedir. Deneyimler şunu göstermektedir ki tek bir fonksiyon veya programın, önemli ilerleme veya istenilen sonuca ulaştırma imkânı azdır.” (Tallinn Charter)

Bakanlığımız, Dünya Sağlık Örgütü ile iş birliğini her iki yılda bir imzalanan “Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti ile Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi Arasında İki Yıllık İş Birliği Anlaşması (Biennial Collaborative Agreement-BCA)” altında yürütmektedir. 2002-2003 yıllarını kapsayan anlaşmada yer alan 7 projenin uygulamasına 2003 yılında devam ettik. 2004-2011 yılları arasında 4 iş birliği anlaşması kapsamında toplam 61 proje yürüttük.

Bu kapsamda 2011 yılında Dünya Sağlık Örgütü ile “Sağlık Sistemi Performans Değerlendirmesi”ni (HSPA) yaptık. “Sağlık Sistemi Performans Değerlendirmesi” aracılığıyla Türkiye sağlık sistemi kapsamlı, sistematik ve şeffaf olarak Dünya Sağlık Örgütü tarafından değerlendirilmektedir. Performanstaki iyileştirmeler, sağlık sisteminin farklı unsurları arasında tutarlı ve bütüncül bir yaklaşımı gerektirmektedir.

Bir bütün olarak sistemin performansı, bileşenlerinin her birinin performansının birbirine eklenmesine denk değildir. Sağlık sisteminin performansının değerlendirilmesi, unsurlarının her birinin performansının değerlendirilmesinin ötesine geçmelidir. Sistemin bir bütün olarak nihai hedefleri (daha iyi sağlık durumu, daha iyi finansal koruma ve daha çok vatandaş memnuniyeti) ne kadar karşıladığı ve bu hedeflere ne derece katkıda bulunduğunu izlemek ve değerlendirmek gerekmektedir.

HSPA sürecinin diğer bir önemli özelliği de analitik olması ve performansı değerlendirmek için tamamlayıcı bilgi kaynaklarını kullanmasıdır. Performans göstergelerini yorumlama bakımından politika analizi, tamamlayıcı bilgiler (niteliksel değerlendirmeler) ve referans noktaları (zaman içindeki trendlere, yerel, bölgesel veya uluslararası karşılaştırmalar veya standartlara, hedeflere veya kıyas noktalarına göre karşılaştırmalar) ile desteklenir.



“Sağlık Sistemi Performans Değerlendirmesi” nin konu başlıkları şunlardır:

- İyi Sağlık
- Mali Korumada Adillik
- Sağlıklı Yaşam Biçimleri ve Çevre
- Sağlık Hizmetleri İçin Etkili Kapsam: Erişim, Kalite ve Kullanım
- Hizmet Sunumunda Etkinliğin Artırılması
- Temel Sağlık Hizmetlerinin Güçlendirilmesi
- Bilgi Teknolojisi, Sağlık Sistemleri Altyapısı ve Sağlık İçin İnsan Kaynakları İçin Kaynak Üretimi, Dağıtımı ve Sürdürülebilirliğinin İyileştirilmesi
- Gelir Tahsili, Genel Sağlık Kapsamı ve Finansman İşlevinin İyileştirilmesi,
- Sağlık Sisteminin Yönetimi ve Liderliğinin İyileştirilmesi.

B. UNICEF ile İş Birliği

UNICEF iş birliğinde “Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları Programı” ve “İyot Yetersizliği Hastalıklarının Önlenmesi ve Tuzun İyotlanması Programı” olmak üzere iki program yürütmekteyiz.

Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları Programı

“Anne Destek” ve bizim ülkemiz için yeni bir yaklaşım olan “Anneden Anneye Destek” grupları ile annelerimizi emzirme konusunda destekliyoruz. Birinci basamağa başvuran ve bilgilerini başka annelerle paylaşabilecek bazı anneleri ya da toplumda lider olarak bilinen, sözü dinlenen bazı anneleri sağlık personeli ile eğittikten sonra bu bilgileri diğer annelere aktarmalarını sağlıyoruz. Ayrıca bu kapsamda birçok sivil toplum kuruluşumuza anne destek grubu eğitimleri vererek anne sütünün desteklenmesi ile ilgili mesajlarımızın ortak bir dille diğer sektörler tarafından da iletilmesini sağlıyoruz.

İyot Yetersizliği Hastalıklarının Önlenmesi ve Tuzun İyotlanması Programı

İyot yetersizliğinin en olumsuz ve yıkıcı etkilerinin gözlendiği risk grupları; doğurganlık çağındaki kadınlar, gebeler, bebekler ve çocuklardır. Bebek ve çocuklarda büyüme ve gelişme geriliği, zeka düzeyinin akranlarına göre en az 13,5 puan daha düşük olması, öğrenme yeteneği ve okul başarısında azalma; gebelerde düşük ve ölü doğum riskinde artma ve her yaşta guatr oluşabilmesi, iyot yetersizliğinin oluşturduğu önemli sağlık problemlerinden sadece birkaçıdır.

Bu önemli sorunun ortadan kaldırılması ve toplumun % 100'ünün iyotlu tuz kullanmasını temin etmek için bilgilendirme ve bilinçlendirme kampanyalarına devam ediyoruz.



C. OECD ile İş Birliği

OECD ile yakın iş birliği içinde çalışıyoruz. OECD, 2003 yılından bu yana Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında gerçekleştirdiğimiz önemli reformları ve uygulamaları incelemiş ve “OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye” isimli değerlendirme raporunu yayımlanmıştır.

4. Basın ve Halkla İlişkiler

Yeni İletişim Yaklaşımı ve İletişim Koordinatörlüğü

Sağlıkta dönüşüm, bürokrasiyle hantallaşan sağlık sistemine çağdaş bir görünüm kazandırırken yeni iletişim yaklaşımı da kamu iletişimini farklı bakış açısıyla kurgulayıp çağdaş normlara uygun hâle getirdi. Yenilenen, hızlanan, genişleyen bu yeni sistemin iletişimi de farklı olmalıydı. Bu amaçla yaptığımız ilk iş, Basın Müşavirliği çalışma prensiplerinden İletişim Koordinatörlüğü anlayışına geçmek ve iletişimi bir bütün olarak değerlendirmek oldu. 81 ilimizin en ücra köşesinde çalışan, hizmet üreten sağlık personelimizi; ulusal, yerel medya çalışanlarını; kamu, özel kurum ve kuruluşları ve Sağlıkta Dönüşüm Programı ile hizmetin merkezine oturtulan tüm vatandaşlarımızı sistemin bir parçası olarak değerlendirdik. Çalışmalarımızı bu anlayışla planlayıp uyguladık.

24 Saat Aktif / 24 Saat Ulaşılabilir Bir Sağlık İletişimi

Sağlık Bakanlığı İletişim Koordinatörlüğü'nü alışlagelmiş kamu iletişimi anlayışının dışına çıkararak “adil, şeffaf, hızlı ve etkili iletişim” stratejisi üzerine kurduk. Sağlıkın hayati bir konu olduğu gerçeğiyle hareket edip halktan gerçeklerin saklanmasını, hem dürüstlüğe hem de meslek etiğine uymayan bir davranış olarak değerlendirdik. Halkın ve medya organlarının artık sıkıldığı klasik, bürokratik kamu iletişim dilini değiştirerek işlevsel hâle getirdik. Gerçekleştirilen şeffaf, verimli iletişim stratejileriyle medyanın halk için etkili bir eğitim aracı olarak değerlendirilmesini sağladık ve koruyucu sağlık hizmetleri alanında ileriki dönemlerde de medya ile ortak projelere imza atmak için karşılıklı güven ortamı oluşturduk.

Sağlığın Bütün Paydaşları ile Sağlıklı İletişim

Yeni anlayışla tek yönlü iletişimden çok yönlü iletişime geçtik. Bürokratik, hantal, statik yapıyı daha dinamik hâle getirdik. Sadece gündemi takip eden bir anlayıştan müdahil olan, gündemi belirleyen, sürekli bilgilendiren, izleyen, değerlendiren, izlenen ve değerlendirilen bir anlayışa geçtik.



Koordinatörlüğümüzde Sağlık Muhabirleri İçin Çalışma Ofisi

Medyamızın bütün unsurları ile iş birliği içinde çalışmaya özen gösterdik. Yeni iletişim teknolojilerinin ortaya çıkardığı yeni mecralara yönelik faaliyetler başlattık. Medya mensuplarının rahat çalışabilmesi için gerekli düzenlemeleri yaptık. Koordinatörlüğümüz bünyesinde sağlık muhabirlerimize telefon, televizyon ve bilgisayar ile özel bir ofis tahsis ettik. Medyamızın, genelde sağlık konusu, özelde ise Bakanlığımızla ilgili bütün bilgi, haber, doküman, konuk ve benzeri taleplerini mesai mefhumu gözetmeksizin ilgili birimlerimizle iş birliği içerisinde karşıladık. Medyamızla ilişkilerimizin temelini bu samimi, şeffaf, adil, etkili iletişim yaklaşımımız oluşturdu. Bakanlığımıza ve İletişim Koordinatörlüğümüze duyulan güvenin, sorumluluğumuzu daha da artırdığı bilinciyle hareket ettik.

Haberdar Olmak / Haberdar Etmek

Sağlık Bakanlığı İletişim Koordinatörlüğü, alanında uzman iletişim asistanları ile 7 gün 24 saat hizmet üreten bir iletişim ofisidir. Temel iletişim yaklaşımımızı ve çalışma sistemimizi “Haberdar olmak, haberdar etmek” düsturu ile özetlemek mümkündür.

Sistemimizi bu yaklaşıma göre yeniden dizayn ettik. Teknolojik altyapımızı tamamen yeniledik. Gazeteleri, internet haberciliğini ve televizyonlarımızı 24 saat izleyip sağlıkla ilgili bütün gelişmeleri anında değerlendirdik.

Bakanlığımızın Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamındaki bütün icraatlarının halkımıza olduğu gibi ve tamamen mutfağımızı yansıtacak şekilde aktarılabilmesi için atılan her adıma hem destek olduk, hem tanıklık ettik hem de bu adımları medyamızla hızlı bir şekilde paylaştık.

Sağlığı savunabilmek, sağlığı destekleyen sosyal politikaları savunabilmek demektir. Bunu yapabilmek için bilimsel bilgiyi topluma, medyaya yayabilmek; toplumla ilgili bilgiyi karar vericilere aktarabilmek, toplumun ve karar vericilerin ilgisini sağlığa odaklayabilmek çok önemlidir. Sağlık hizmetlerinin sunumunda yaşanan olumsuzluklarla ilgili haberleri, sistemin aksayan yönlerinin tespit edilmesi, sunulan hizmetin niteliğinin geliştirilmesi ve aksaklıkların giderilmesi konusunda sunulmuş bir fırsat olarak gördük.

5. Sivil Toplum Kuruluşlarıyla İş Birliği

Sivil toplum kuruluşlarıyla (STK) iş birliğine önem verdik. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nı hayata geçirmeden daha planlama sürecinde STK'lar ve diğer paydaşlarla bir araya geldik, onların görüşlerini aldık. Uygulama, izleme ve değerlendirme aşamalarında da yine fikir alışverişinde bulunduk ve çözüm önerilerini dikkate aldık.



Merkezi, hiyerarşik, yetkileri kendinde toplayan yönetim anlayışı yerine desantralize, insan odaklı, performans ölçütlerine riayet eden bir yaklaşımı düstur edindik. Bu anlayışla çok aktörlülük, diyalog ve iletişim kavramları öne çıkararak Sağlıkta Dönüşüm Programı, geniş kitleler tarafından anlaşıldı, benimsendi ve sahiplenildi.

Gerçekleştirilen iş birliği ve diyalog sonucu ortaya çıkan iyi yönetim, sorumluluk olgusunun devletle birlikte toplum tarafından benimsenmesi ve STK'lar aracılığı ile alınan kararlarda toplumun da söz sahibi olmasını sağladı.

Bu kapsamda sağlık çalışanlarının yetkili sendikası ve Kurum İdari Kurul toplantılarında sağlık çalışanları adına yasal muhatabımız olan sendikalarla çalışmalar yürüttük. Son yıllarda sendikalarla sağlık sektörünün sorunlarına çözüm yollarının araştırıldığı sempozyum, çalıştay, panel gibi birçok etkinlik gerçekleştirdik. Bunlardan bazıları;

- **Hastane Yönetimi ve Tam Gün Yasası Sempozyumu (Ekim 2009)**

Bu sempozyumda, hastanelerin mali yönetimi, Tam Gün Yasası'nın tarafları bağlayan hukuki boyutu, sağlık hizmetleri verimliliğine, ücretlere ve özlük haklarına etkisi gibi konular tüm detaylarıyla görüşüldü.

- **Sağlıkta Vizyon Sempozyumu (Mart 2010)**

Sağlık çalışanlarının özlük hakları ve çalışma ortamları masaya yatırıldığı sempozyumda "Sağlık Çalışanlarının Güvenliği", "Sağlıkta Şiddet", "Performans Sistemi" ve "Sağlıkta Farklı İstihdam Modelleri" konuları ele alındı.

- **Sağlıkta Performans Sistemi Çalıştay (Ekim 2011)**

Performans sisteminin değerlendirildiği çalıştayda, sistemin uygulandığı süre zarfında ortaya çıkan sorunlara ilişkin eleştiriler ve öneriler ele alındı.

- **Emeğe Saygı Şiddete Sıfır Tolerans Sempozyumu (Eylül 2011)**

Sağlıkta şiddetin boyutları ve çözümüne yönelik önerilerin tartışıldığı sempozyumda, sendika ve tabip odası temsilcileri, hukukçular, akademisyenler, hasta ve yakınlarını temsil eden sivil toplum örgütü üyeleri yer aldı. "Şiddet, Medya ve Sağlık", "Sağlıkta Şiddetin Boyutları" ve "Şiddete Karşı Önleyici Süreçler ve Beklentiler" konuları değerlendirildi.

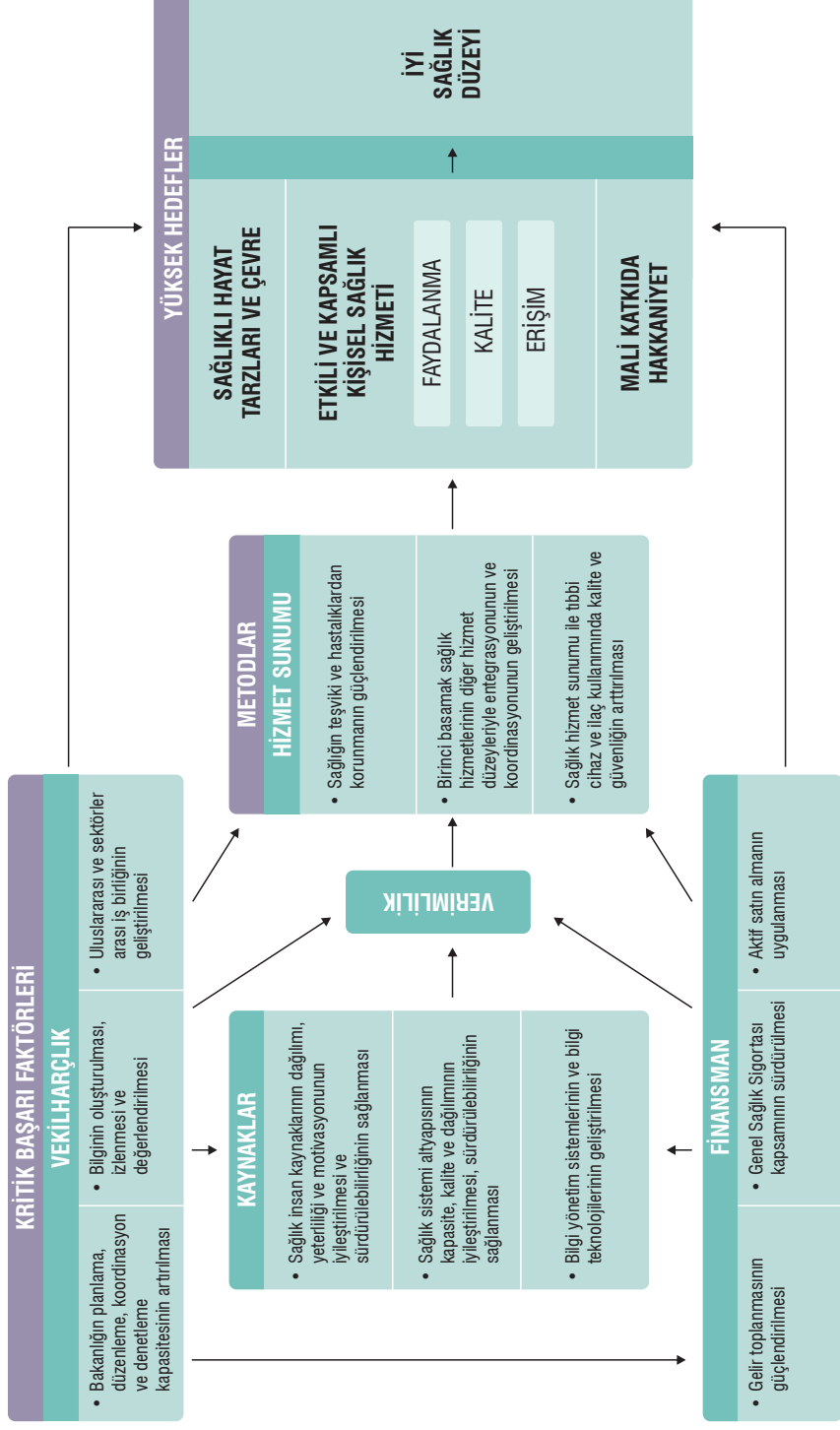
TÜRKİYE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI



C. UYGULAMA

8. Sağlıkta Stratejik Yönetim, Performans ve Kalite

Türkiye Sağlık Sistemi Stratejik Haritası





1. Sağlıkta Stratejik Yönetim

Stratejik yönetim, bir organizasyonun amaç ve hedeflerinin belirlenmesi ve tüm organizasyonun bu doğrultuda yönetilmesi olarak tanımlanabilir. Bu yönüyle de stratejik yönetim, geleceğin bir defalığına planlanması değil; gelişen ve değişen dış dünya ile birlikte organizasyonun da kendini ve amaç ve hedeflerini yenilemesidir.

Stratejik yönetim, “stratejik planlama” ve “stratejik kontrol” gibi iki temel aşamadan oluşmaktadır. Stratejik planlama, uygulanacak stratejilerin formüle edilmesi; stratejik kontrol ise belirlenen stratejilerin doğru biçimde uygulanması ve hedeflenen sonuçlara ulaşılması için gerekli sistemler bütünü olarak tanımlanabilir. Stratejik yönetimin öğeleri de stratejik planlama (misyon, vizyon, hedefler, faaliyet planı) ve stratejik kontrol (uygulama, ölçme, değerlendirme) başlıkları altında toplanmaktadır.

Stratejik yönetim kapsamında ilk olarak üst politika belgeleri ve stratejilerimizle uyumlu Bakanlığımız 2010-2014 Stratejik Planı'nı hazırladık. Stratejik plan doğrultusunda, planın uygulamasına yönelik performans hedef, gösterge ve faaliyetleri içeren yıllık performans programları belirledik. Türkiye Sağlık Sistemi Performans Değerlendirmesi kapsamında hazırlanan strateji haritasını temel alarak Bakanlığımızın Strateji Haritasını oluşturduk. Haritada bulunan amaç ve hedefleri ölçebilecek göstergeleri belirledik.

Stratejik Harita

Stratejik harita ile stratejik planın ilişkisini kurarken stratejik haritayı, kritik başarı faktörleri, metotlar ve yüksek amaçlar olmak üzere üç bölümde yapılandırdık. Kritik başarı faktörleri olarak vekilharçlık, kaynaklar ve finansman fonksiyonunu ele aldık. Metotlar bünyesinde ise hizmet sunumu fonksiyonunu değerlendirdik. Stratejik planda, kritik başarı faktörlerini hedefe yönelik stratejiler ile ilişkilendirdik.

Yüksek amaçlar içinde ise sağlıklı hayat tarzları ve çevre, etkili ve kapsamlı kişisel sağlık hizmetleri, mali katkıda hakkaniyet ile iyi sağlık düzeyini ele aldık. Yüksek amaçların “Stratejik Planla” ilişkisini kurarken ara hedefler ile hedef/alt hedef, nihai çıktılar ile de stratejik amaç ve nihai amaç bağlantısını oluşturduk. Bu haritada yer alan başlıklar şunlardır:

A. Kritik Başarı Faktörleri

A.1 Vekilharçlık

Bakanlığımız, toplumun sağlığının korunması ve geliştirilmesi alanında vekilharçlık (stewardship) fonksiyonu üstlenmiş olan üst otorite konumundadır. Bu alanda gerekli kuralları koyma, planlama yapma, standartlar oluşturma, denetleme, izleme-değerlendirme, yönlendirme ve rehberlik etme bu fonksiyon çerçevesinde ele alınmaktadır.

Ayrıca, sağlık sektörünün geliştirilmesi, diğer sektörlerin sağlık konusundaki sorumluluklarının farkına varmasının ve duyarlılıklarının artmasının temini, sektörler arası iş birliği, değişen sağlık ihtiyaçları ve teknolojileri çerçevesinde gereken mevzuat değişikliklerinin yapılması, sağlık yönetim bilgi sistemlerinin ve karar destek sistemlerinin kullanılması, bu görevin tamamlayıcı unsurlarıdır.



A.2 Kaynaklar

Fiziki altyapı kısaca, hedeflenen düzeyde sağlık hizmet sunumunu sağlayabilmek için gerekli olan bina, donanım, malzeme, araç gereç vb. altyapı unsurlarının geliştirilmesi, nicelik ve nitelik bakımından yeterli hâle getirilmesi ve halkın ihtiyacı olan sağlık hizmetlerine erişimi ile ihtiyaçlara cevap verebilirliğin sağlanmasından ibarettir.

Bilimsel ve teknolojik gelişmelere paralel olarak beşeri farmasötik ürünler ve tıbbi cihazların ülke genelinde yeterli düzeyde olmasının ve dengeli dağılımının sağlanması gerekmektedir. Bu teknik potansiyelin güvenli ve kolay erişilebilir olması, kaliteli sağlık hizmet sunumunda önemli katkılar sağlamaktadır.

Toplum sağlığının korunması ve ihtiyacı olanların kaliteli bir sağlık hizmeti alabilmesini temin için görev alacak olan eğitilmiş sağlık personelinin ülke genelinde yeterli hâle getirilmesi ve dengeli dağılımının sağlanması sağlık politikalarında önemli yer tutmaktadır. Mevcut sağlık çalışanlarının motivasyonu ve memnuniyetinin sağlanması bu alandaki profesyonellerin özendirilmesi sürdürülebilirliğin önemli bir unsurudur.

Sağlık hizmet süreçlerinde bilgi teknolojilerini kullanarak hız, kolaylık ve güvenilirliğin artırılması, ulusal ve uluslararası karşılaştırılabilir veri standartlarının oluşturulması, akılcı kaynak kullanımının ve güvenli veri akışının sağlanması, hizmet sunumuna ve hizmet alanlara ilişkin güvenilir veri havuzlarının oluşturulması ve politika yapıcılar için ileriye yönelik karar destek sistemlerinin geliştirilmesi, gittikçe artan bir önem kazanmaktadır.

A.3 Finansman

Sağlık sisteminin finansmanı; gelirlerin toplandığı, fon havuzlarında birleştirildiği, ve gelirlerin gerekli hizmetlerin sunulması için aktif satın alma süreci içinde hizmet sunucular arasında dağıtıldığı ve bu yolda kaynak oluşturmak için yatırımlarda kullanıldığı bir alanı kapsar.

Sağlıkta finansman kaynaklarının geliştirilmesi ve birleştirilerek ortak veri havuzu çerçevesinde verimli bir şekilde yönetilmesi; erişilebilir, kaliteli ve tatminkâr sağlık hizmet sunumu garanti altına alınarak finansal sürdürülebilirliğin sağlanması gereklidir.

A.4 Verimlilik

Verimlilik, kaynakların uygun şekilde kullanılarak maliyetlerin düşürülmesi ve aynı kaynakla daha fazla hizmetin üretilmesidir. Altyapı yatırımları ve insan kaynaklarının dağılımı, malzeme yönetimi, akılcı ilaç kullanımı ve sağlık işletmeciliği ile koruyucu hekimlik uygulamaları esnasında kaliteden taviz vermeksizin verimlilik esaslarının gözetilmesi, ülkemizin sağlığa ilişkin bütün kaynaklarının sistem içinde rol almasının ve entegrasyonunun sağlanması, eldeki kaynakların hedefe yönelik olarak kullanılmasının ana unsurlarıdır.



B. Metodlar

B.1 Hizmet Sunumu

Hayatın her noktasında hemen her türlü ilişki sürecinde daha sağlıklı bir hayat yönünde davranış geliştirilmesi önemlidir. Toplumun sağlıklı hayat davranışlarını geliştirecek şekilde (tütün, alkol bağımlılıklarından korunma, sağlıklı beslenme, yeterince hareketli olma alışkanlığı gibi) farkındalık oluşturulması ve bilgi düzeyinin artırılması, kişilerin kendi sağlıkları konusunda sorumluluk alması ve karar süreçlerine katılımlarının sağlanması bu yöndeki önemli adımlardır.

Koruyucu sağlık hizmetleri (bağışıklama, tarama programları vb.) vasıtasıyla risklerin azaltılması, hastalıkların oluşmasına engel olunması, topluma yönelik sağlık hizmetlerinin yaygın olarak yürütülmesi, hastalıkların ilerlemesinin önlenmesi, ilgili sektörlerin bu alanlardaki iş birliğinin sağlanması toplum sağlığının önemli sorumluluk alanlarıdır.

Sağlığın aile ortamında olduğu gerçeğinden hareketle bireyin “aile sağlığı” kavramı çerçevesinde ele alınması, sağlık açısından sahiplenilmesinin ve sürekli takibinin sağlanması ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin, sağlık hizmet sunumunun koordinatörü hâline getirilmesi için aile hekimliği uygulaması önemlidir. Bu sayede birinci basamak sağlık hizmetleri güçlendirilmekte ve bu hizmetler hem hizmet sunucular hem de hizmeti alanlar için cazip alan hâline getirilmektedir.

Sağlık hizmetlerinin tanı, tedavi ve rehabilitasyon sürecinde kanıta dayalı tıp uygulamalarını temel alan, bilimsel veriye dayalı, hasta ve çalışan güvenliğine odaklı, uygun teknoloji kullanılarak, hasta haklarını gözeterek, etkili ve kaliteli bir şekilde sunumunun sağlanması öncelikli sorumluluk alanıdır.

İlaç ve tıbbi malzeme üretiminden tüketimine kadar olan süreçlerde standartların belirlenmesi, kaliteye öncelik verilmesi, maliyet etkili arz yöntemlerinin geliştirilmesi ve bu ürünlere ulaşımında finansal koruma için gerekli alt yapının sağlanması gerekmektedir.

C. Yüksek Hedefler

C.1 Sağlıklı Hayat Tarzları ve Çevre

Tercihlerimiz, alışkanlıklarımız ve içinde bulunduğumuz çevre dâhil sağlığın dışındaki pek çok faktör, sağlıklı hayat tarzını etkilemektedir.

Sağlıklı hayat tarzına erişimle; toplum sağlığını koruyucu sağlık hizmetlerinin yanında, bireylerin bilinçlenmesi ve kendi sağlıkları üzerinde doğru karar verebilecek bilgi birikimini kazanmaları, sağlığı doğrudan ve dolaylı olarak etkileyen faktörlerin ve sosyal belirleyicilerin iyileştirilmesi ile ruhen, bedenlen ve sosyal yönden iyilik hâlinin devamını sağlayacak bir yaşam tarzının benimsenmesi hedeflenmektedir. Hayatın seyrine etki edebilecek bütün faktörler bu erişime olumlu/olumsuz katkı yapma potansiyeli taşımaktadır. Bu yüzden sağlığın dışındaki diğer sektörlerin de bu konudaki farkındalıklarını artırmak ve çok sektörlü sağlık sorumluluğunu harekete geçirmek gerekmektedir.



C.2 Etkili ve Kapsamlı Kişisel Sağlık Hizmeti

Kişilerin sağlıklı bir hayat sürmesini amaçlayan her türlü sağlık hizmetine erişiminin sağlanması sağlık sisteminin öncelikli fonksiyonlarından. Sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyulduğu andan itibaren, ihtiyaç nispetinde, gerekli olan hizmetlere erişimin önündeki bürokratik, finansal, bölge farklılıkları, hizmet arzının yetersizliği veya dengesizliği, dezavantajlı grup içinde olma vb. gibi her türlü engelin ortadan kaldırılması, ihtiyaç duyulan bütün hizmetlere, ihtiyaca uygun, hakkaniyetli bir şekilde ve zamanında ulaşılmasının temini gereklidir.

C.3 Mali Katkıda Hakkaniyet/Finansal Riskten Koruma

Sağlık hizmetine ihtiyacı olanların hizmetlerden ihtiyaçları ölçüsünde yararlanmalarının ve hizmetlerin finansmanına imkânları oranında katkıda bulunmalarının sağlanması hakkaniyetin gereğidir.

Sağlık hizmetlerinden yararlanmada farklı sosyal gruplar, kırsal ve kent ve farklı coğrafik bölgeler arasındaki farklılıkların ortadan kaldırılması, sağlık göstergelerinde topyekûn iyileşmenin sağlanması gereklidir. Bütün yurttaşların sosyal güvenlik şemsiyesi içine alınması, hane halkının cepten harcamalarının toplam sağlık harcaması içindeki oranının azaltılması, cepten harcamaların hane üzerindeki yoksullaştırıcı etkilerinin yok edilmesi gereklidir.

C.4 İyi Sağlık Düzeyi

Uygulanacak sağlık politikalarının nihai amacı, toplumu teşkil eden bireylerin sağlık ve bununla bağlantılı olarak refah ve mutluluk düzeylerinin yükseltilmesidir. Bu amaca giderken de en öncelikli ilke insanların hastalanmasının önlenmesi ve sağlıklı hayat için beklentilerinin karşılanmasıdır. Bu amaca ulaşma, temel sağlık göstergelerinde sağlanacak ilerlemelerle ortaya konacaktır. Anne ve çocuk ölümlerinin azaltılması ve doğuştan beklenen yaşam süresinin artırılması bu yöndeki en somut gösteregelelerdir.

Sistemler, hizmet sunucuları veya hizmetin finansörlerinin beklentilerini karşılamaya odaklanıp düzenlemeler bu yönde gelişirse, bütün bu hizmetlerin varlık sebebi olan hizmet alıcının beklentileri yeterince karşılanamaz. Sağlık hizmetlerinin sunumu esnasında, hizmeti alanların sağlık ihtiyaçlarının karşılanması ile beraber, sağlık dışındaki beklentilerine de sistemin cevap verebilmesi, hizmet alanların memnuniyetini sağlayan ve sistemin başarısını gösteren önemli faktörlerdendir.

Sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyulduğu andan itibaren uygun zamanda ve etkili bir şekilde müdahale, sağlık tesislerinin hizmet alanlara ve verenlere yönelik ergonomik düzenlenmesi, dezavantajlı gruplar için kolaylaştırıcı yaşam alanlarının yaygınlaştırılması, kişilerin mahremiyetinin korunması, hizmet sunucusunu seçme hakkının temin edilmesi, kişilerin kendi sağlıkları konusundaki karar süreçlerine katılımlarının sağlanması, saygınlık, etkili iletişim ve tedavi sırasında sosyal destek ağlarına erişimin sağlanması insan odaklı bir sistemin önemli köşe taşlarıdır.



Sağlık Bakanlığı Stratejik Yönetim ilkelerini Skor Performans Değerlendirme Sistemi ile destekleyerek;

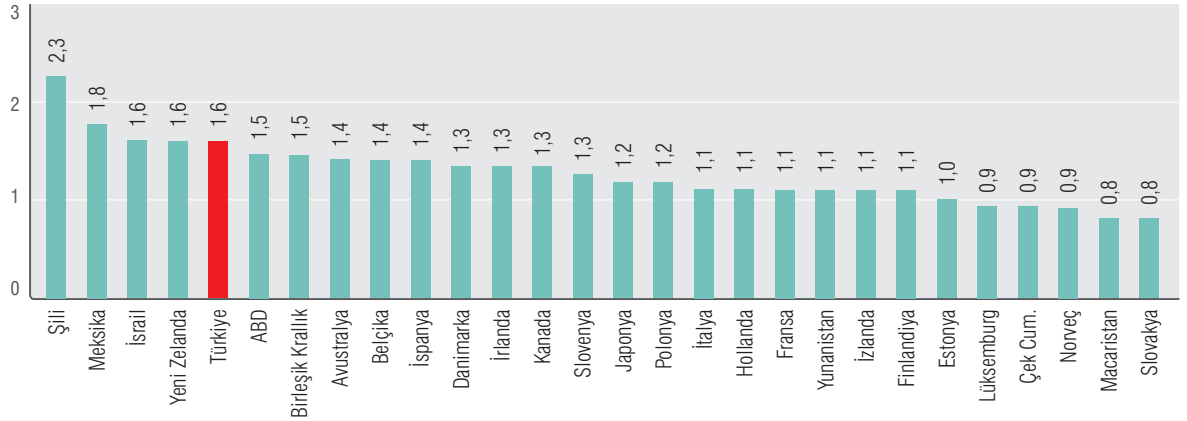
- Sağlık Bakanlığı stratejilerinin anahtar performans göstergeleri bazında birimler seviyesine indirilerek koordinasyona destek oluyoruz. Bu yolla tüm Sağlık Bakanlığı'nın aynı hedef ve amaçları özümseyerek hareket etmesini sağlıyoruz.
- Geleneksel performans değerlendirme teknikleri yerine sistemli ve adil bir değerlendirme şekli olan stratejik performans değerlendirme yapısına geçişi sağlıyoruz.
- Sağlık Bakanlığı stratejilerinin bütçe ile ilişkilendirilmesini sağlıyoruz.
- Birimlerin performans kriterlerine hakim olarak kendi performanslarını sistemli bir şekilde takip etme ve herhangi bir eksiklik ya da yanlışlık durumunda müdahale etme şanslarının oluşması ile birimlerin öncelikle kendi performanslarını değerlendirmelerini sağlıyoruz.
- Stratejik Yönetimde kurum içerisinde ortak bir dil oluşturuyoruz.
- Gelişime açık noktaları, ölçüm sonuçları ve aksiyonlar doğrultusunda anlık olarak gözlemleyip ilerleme ve gelişimimizin sürekliliğini sağlıyoruz.

2. Performansa Göre Ek Ödeme

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 birkaç yöneticinin sorunu olmaktan öte gidememiş ve genel bir kayıtsızlık durumu oluşmuştu. Geçmiş uygulamada, teorik olarak temel maaşın yüzde 100'üne kadar katkı payı üst sınırı vardı ve bu sınıra bile yaklaşamıyordu. 2002 yılında uzman hekimler için katkı payı üst sınırı 2011 yılı rakamlarıyla 915 ₺, diğer sağlık hizmetleri sınıfındaki personel için ise yine 2011 yılı rakamlarıyla 281 ₺ idi. Yeni uygulama ile birlikte bu matrahlar farklı meslek ve çalışma biçimleri dikkate alınarak yüzde 150 ile 800 arasında değişmektedir. 2011 yılında uzman hekimler için katkı payı ortalaması 4.275 ₺, diğer sağlık hizmetleri sınıfı personel için ortalama 791 ₺ oldu. Grafik 91, 93, 94'te hemşire ve hekim ücretleri OECD ülkelerindeki ücretlerle karşılaştırılmaktadır. Sağlık çalışanlarını motive etmek, onların daha verimli işler yapmasını sağlamak ve kaliteli hizmet sunumunu teşvik etmek için ölçülebilir hizmet tanımlamaları yapılmak zorundadır. Performans yönetiminde bu amacı gerçekleştirmek için farklı performans ölçütleri üzerinde durulmaktadır. Hizmet sunulan insanların mutluluğunu sağlamak (hasta memnuniyeti), daha iyi bir sağlık düzeyi elde etmek, iyi tanımlanmış kaliteli bir sağlık hizmet sunum sürecine uymak, bu hizmeti sunmak için kullanılan alt yapı, insan ve malzeme kaynaklarında tanımlanmış normları yerine getirmek bu ölçütlerin başlıcalarıdır.



OECD Ülkelerinde Hemşire Ücretlerinin Kişi Başı GSYİH'ye Oranı (%), 2010



Grafik 91

Kaynak: OECD Health Data Temmuz 2012

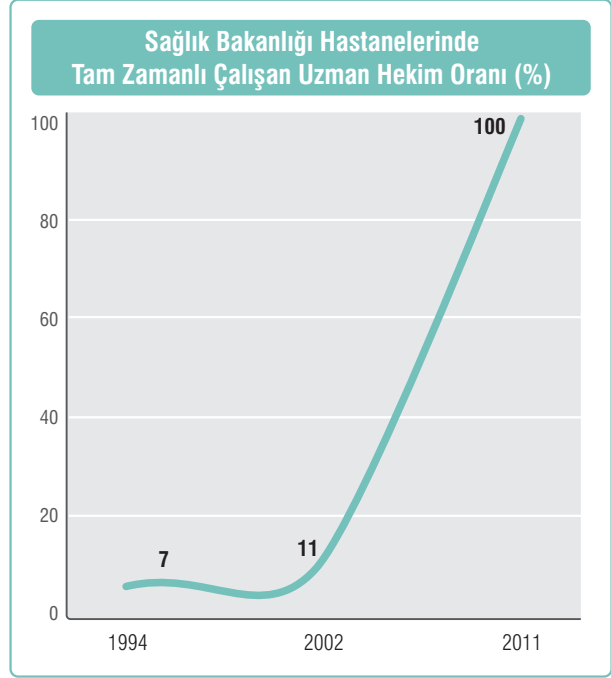
Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda performans göstergelerinin belirleneceği ve performansa bağlı ödeme sistemleri geliştirileceği hükmü yer almaktadır. Bu doğrultuda geliştirilen yeni uygulama birçok açıdan değişiklikler getirmektedir. Öncelikle, yapılan işle kazanç arasında bir paralellik kurarak zamanın ve potansiyelin daha verimli kullanılabilceği bir sistem oluşturduk. 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 hâle getirilmesidir. İkinci husus ise, bu ölçülebilir hizmetlerin değerlendirilip hizmeti üretenlere yansıtılmasıdır. Eğitim hastanelerinde sadece hasta ile ilgili hizmetleri değil, asistan eğitimi ile bilimsel çalışma ve yayınları da performans ölçütleri olarak kabul ettik. Böylece asistan eğitimi ve bilimsel çalışmalarını teşvik ettik.

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

Performansa dayalı döner sermaye katkı payı ödenmesi sonucunda birçok hastanemizde aktif mesai süreleri gönüllü olarak uzatıldı, ameliyathaneler daha uzun süreli kullanılmaya başlandı. Birçok uzman hekimimiz muayenehanelerini kapatarak tam zamanlı olarak hastanede çalışmayı tercih etti. Süreçte vatandaşlarımızın artan hizmet talebinin iş yükünü artıracaklarını biliyorduk. Artan hasta yükünün üstesinden gelinmesinde bu uygulamanın büyük rolü oldu. 2003 yılı başında kamu hastanelerinde tam zamanlı çalışan uzman hekim oranı %11 iken bu uygulamalar sayesinde oran %100'e ulaştı (Grafik 92). Böylece ülkemizde sayıca yetersiz olan hekimlerimizin kamu hastanelerindeki verimliliği arttı.




- Yapılan işe karşılık ek ödeme anlamına gelen performansa dayalı ek ödemeyi, hizmet arzını ve verimliliği artıran bir teşvik aracı olarak uygulamaktayız.
- Bu uygulama, hizmet talebinin karşılanmasında motivasyonu artıran önemli bir unsur oldu.
- Sistemdeki kaçakların kayıt içine alınması, malzemelerin ucuza temin edilmesi, israfın azalması performansa dayalı ödeme sistemini 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.
- Vatandaşa ayrılan muayene süreleri arttı.
- Bir üst kuruma sevk oranları makul seviyelere indi.
- Sağlık kuruluşlarının gelir-gider dengeleri hassasiyetle takip edilir hâle geldi.
- Halk arasında "bıçak parası" diye bilinen yanlış uygulama ile mücadelemiz kolaylaştı.



Grafik 92

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü



Reformun Gerçekleştirilmesi: OECD Ülkelerinden Dersler
(Sayfa, 203)

Making Reform Happen: Lessons from OECD Countries

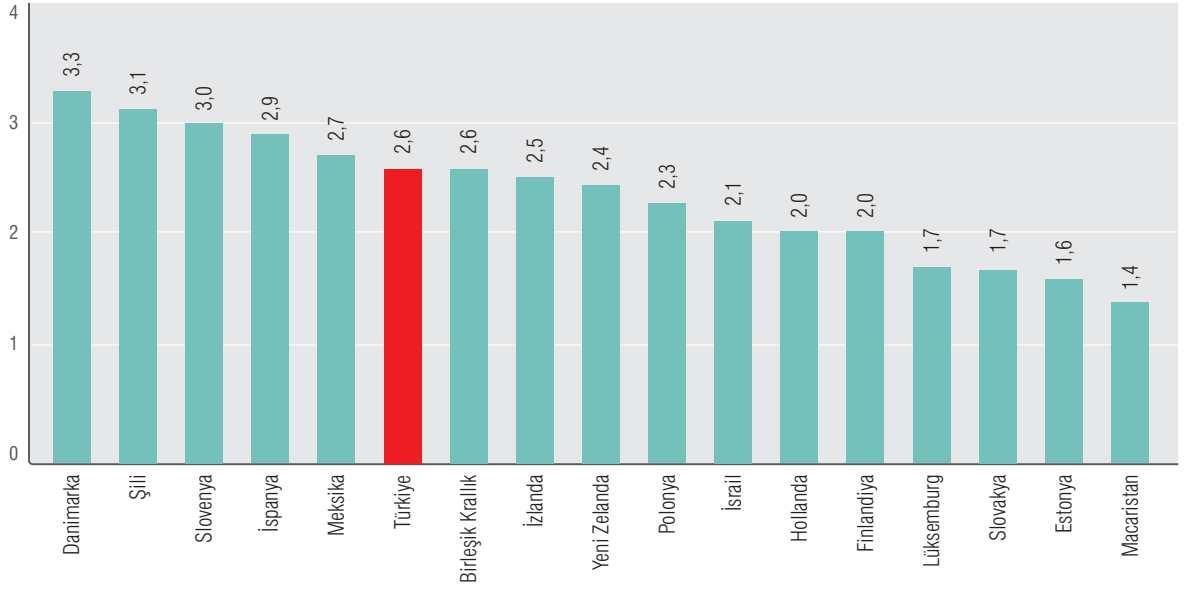
Yayın Yılı : 2010

Yayımlayan Kuruluş : OECD

“Türkiye’de, yeni performans sisteminin teşviklerinden kaynaklanan hekim gelirlerindeki anlamlı prospektif artışlar, Türk Tabipler Birliği’nin yoğun muhalefetine rağmen, birçok hekimin istekli olarak reformlarda iş birliği yapmasını sağlamıştır.”



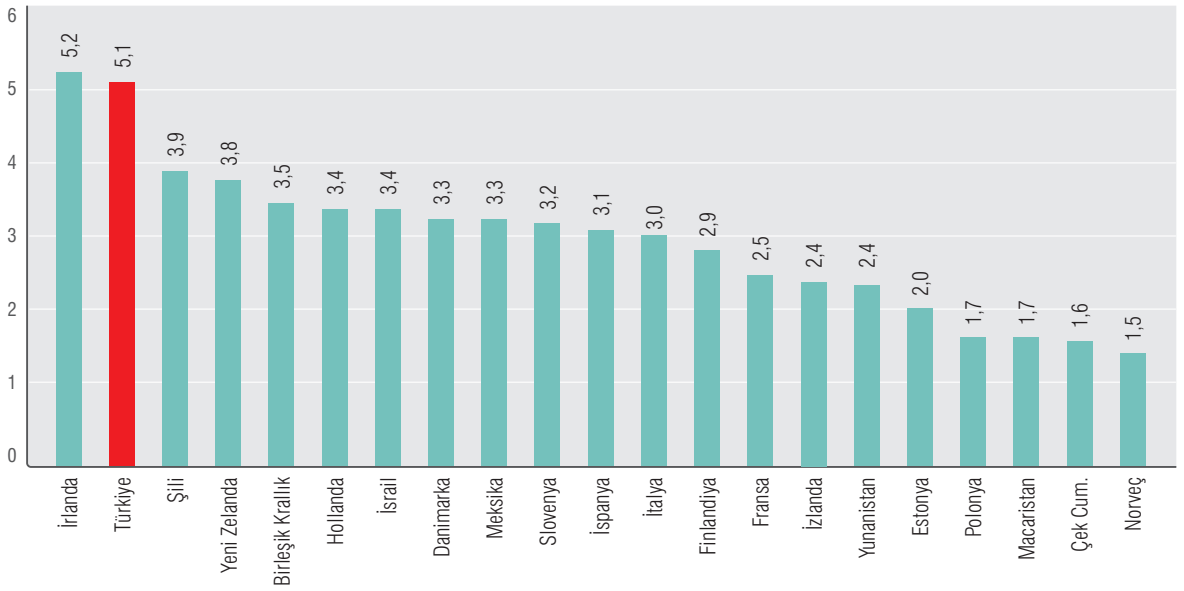
OECD Ülkelerinde Pratisyen Hekim Ücretlerinin Kişi Başı GSYİH'ye Oranı (%), 2010



Grafik 93

Kaynak: OECD Health Data 2012

OECD Ülkelerinde Uzman Hekim Ücretlerinin Kişi Başı GSYİH'ye Oranı (%), 2010



Grafik 94

Kaynak: OECD Health Data 2012



Aile Hekimliği uygulaması ile pratisyen hekimlerimize daha fazla gelir imkanı sağladık.2002 yılında bir pratisyen hekimin ortalama geliri 2011 yılı rakamıyla 1.735 TL iken 2011 yılında %138'lik reel artışla 4.122 TL'ye yükseldi.

Uzman hekimlerimizin ise performansa göre ek ödeme sistemi ile daha fazla gelir elde etmelerini sağladık. 2002 yılında bir uzman hekimin ortalama geliri 2011 yılı rakamıyla 2.665 TL iken 2011 yılında %146 reel artışla 6.563 TL'ye yükseldi.

OECD Sağlık İstatistik Yıllığı 2011'e göre Türkiye, uzman hekim ücretlerinin kişi başı GSYİH'ye oranı değerlendirmesinde %5,1 oran ile OECD ülkeleri sıralamasında ikinci sıradadır. %5,2 oran ile İzlanda birinci sırada yer almaktadır.

Yönetici Birim Performansı

Bakanlığımıza bağlı hastanelerde başhekim, başhekim yardımcısı, hastane müdürü, hastane müdür yardımcısı ve başhemşire olarak görev yapan yöneticilerin performanslarının ölçümüne yönelik bir model geliştirdik ve Mart 2010 tarihinden itibaren uygulamaya koyduk. Geliştirdiğimiz bu modelde mali göstergelerin yanı sıra yöneticilerin görevlerini yerine getirirken dikkat etmeleri gereken bazı yeni idari öncelikleri de belirledik. Bu anlamda Yönetici Birim Performansı iki ana bölümün etkisi göz önüne alınarak değerlendirilmektedir. Birinci bölüm ana faktör olarak değerlendirilebilecek bölüm iken ikinci bölüm hastaneler ve yöneticiler arası farklılıkları ortadan kaldırmaya yönelik olarak ele alınan düzeltme faktörünü ihtiva etmektedir.

- Ana faktörü oluşturan parametreler;
 - Kurumsal dinamizmin bozulmaması ve daha iyi hizmet verilebilmesi adına personelin ek ödemelerinin düzenli ödenmesi,
 - Sunulan hizmetlerde genel kabul görmüş kalite standartlarına uygun bir yapının oluşturulması ve korunması,
 - Bakanlıkça belirlenmiş performans hedeflerinin yerine getirildiğini gösteren kriterlerdir.
- Düzeltme faktörünü oluşturan bazı parametreler;
 - Hastanenin bulunduğu bölgenin gelişmişliği,
 - Hastanenin yaşı,
 - Hastanenin mali (ciro) büyüklüğünün göstergeleridir.

Oluşturduğumuz bu modelde her ay düzenli olarak gerekli hesaplamalar yapılmakta, her yöneticinin performans katsayısı belirlenmekte ve belirlenen katsayılar yöneticilerin alacağı ücretlerle ilişkilendirilerek o ay alacağı ek ödemelerine yansıtılmaktadır.



Sonuçta hizmet kalitesi, sürdürülebilir borç yapısı, ek ödemelerin zamanında yapılmasının devamlılığı ile önceden belirlenmiş performans hedeflerinin yerine getirilmesi ve diğer parametreler; bir bütünlük içinde ele alınarak sistematik bir değerlendirme modeli oluşturuldu. Bu göstergeler yöneticilerin önceliklerini de ortaya koydu. Türkiye’de bir ilk olan bu değerlendirme sistematigi önümüzdeki süreçte daha etkin ve daha olumlu sonuçların elde edilmesine katkı sağlayacaktır. Kurulacak Kamu Hastaneler Birliği ile sistem daha da geliştirilecektir. OECD’nin 2008 raporunda, oluşturulan modelden diğer ülkelerin elde edeceği önemli dersler olduğu ifade edilmiştir.

3. Kalite ve Akreditasyon

Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın ana hedeflerinden biri de sağlık hizmetlerinde sürekli kalite gelişimini sağlamaktır. 2003 yılında ülkemize özgü bir uygulama olarak performansa dayalı ek ödeme sistemini geliştirdik. İkinci bir aşama olarak da bu sisteme 2005 yılında sağlık hizmet sunumunda kaliteyi esas alan Kurumsal Performans ve Kaliteyi Geliştirme çalışması ile kalite boyutunu ekledik. Böylece sağlık hizmetine erişim, hizmet alt yapısı, süreçlerin değerlendirilmesi, hasta memnuniyetinin ölçülmesi ve belirlenen hedeflere ulaşma derecesinin ölçümüne dayalı kapsamlı bir hastane değerlendirme sistemini hayata geçirdik.

Performans ve Kaliteyi Geliştirme çalışmasının en önemli parametresini kalite kriterleri oluşturmaktadır. Bu kriterleri, uluslararası uygulamaları gözden geçirerek, ihtiyaçlar ve Bakanlık stratejimiz çerçevesinde hazırladık. 100 sorudan oluşan kalite kriterlerini, 2007 yılı başında yaptığımız revizyonla 150 sorudan oluşan bir set hâline getirdik. 2008 yılında yaptığımız yeni bir revizyonda ise bu kriterleri hem yapısal hem dizayn hem de metodolojik açıdan yeniden düzenledik. Kalite kriterlerini, Hizmet Kalite Standartları adı altında toplam 354 standart ve yaklaşık 900 alt bileşenden oluşan yeni bir sete dönüştürdük. 2009 yılı içinde özel hastane ve üniversite hastanelerine yönelik olarak toplam 388 standart ve yaklaşık 1.450 alt bileşenden oluşan “Özel Hastaneler Hizmet Kalite Standartları”nı hazırlayıp yayımladık.

Hizmet Kalite Standartlarını hazırlarken pek çok değerlendiricinin, hastane kalite temsilcilerinin, farklı çevrelerden çeşitli uzmanların geri bildirimlerini, görüş ve önerilerini aldık. Ayrıca, ulusal ve uluslararası kaynaklar doğrultusunda farklı kurumsal yapıları, problemleri alanları ve ülke şartlarını da dikkate aldık.

Hizmet Kalite Standartları ile birlikte yayımladığımız rehberler, sağlık hizmeti sunucularına uygulamalarda yol gösterici olduğu gibi uygulamaların yerinde değerlendirilmesi aşamasında da bir çizelge fonksiyonu görmektedir.

Ayrıca dünyada çeşitli ülke örnekleri incelendiğinde, sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılmasına yönelik yapılan çalışmaların artık daha çok ulusal kalite ve akreditasyon sistemleri üzerinden yürütülmekte olduğunu görmekteyiz. Ülkelerin sağlık sistemlerinin ihtiyaçları, öncelikleri, farklı beklentileri ve uluslararası akreditasyon sistemlerinin getirdiği mali yük gibi sebepler, dünyada pek çok ülkenin sağlıkta ulusal bir kalite sistemi kurmasını sağladı. Bu bağlamda sağlıkta ulusal kalite sistemine sahip ülkeler arasında İngiltere, Kanada, Fransa, Danimarka gibi gelişmiş ülkeleri görmek mümkündür.



Ülkemizde bugün için sağlıkta kamu ve özel hastaneler iki farklı standart seti ile değerlendirilmekteyiz. Ancak sağlık kurumlarını kamu, özel ve üniversite olarak ayırmadan hizmet standardizasyonunda yakınlık sağlamak, kurumlar arası deneyim paylaşımı için zemin hazırlamak ve sağlıkta ulusal kalite sisteminin kurulması amacıyla kamu, üniversite ve özel hastanelerde pilot çalışmalar yaparak tüm kurumları kapsayacak şekilde “Hastane Hizmet Kalite Standartları”nı hazırladık. Önümüzdeki dönemde değerlendirmeleri bu kavramsal çerçeveye gerçekleştireceğiz.

Hastane Hizmet Kalite Standartları

Ülkemizdeki tüm sağlık kurumlarını kapsayan “Hastane Hizmet Kalite Standartları” setinde yer alan standartları hazırlarken bilimsel bir yöntem izlemeyi hedefledik. Bu kapsamda aşağıda yer alan hususları gözettik:

- Standartların kurum içinde değerlendirilmesi, birbiri ile ilişkilendirilmesi ve kurumun tüm bölümlerini kapsaması için boyutlandırma yapısının geliştirilmesi
- Standartların bu boyutlandırma yapısına göre hazırlanması ve dizayn edilmesi
- Belirlenen standartların geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarının yapılması
- Standartların izlenebilirliği ve analizi için özgün bir kodlama sisteminin geliştirilmesi
- Standartların puanlandırılmasının belli bir kural ve stratejiye göre yapılması
- Tanımlar dizininin oluşturulması
- Bilgilendirme tablolarının oluşturulması

Kurumsal Hizmet Yönetimi	Sağlık Hizmetleri Yönetimi	Destek Hizmetleri Yönetimi	İndikatör Yönetimi
<ul style="list-style-type: none">Yönetim HizmetleriHasta Bakım HizmetleriEnfeksiyonların Kontrolü ve ÖnlenmesiTesis YönetimiAcil Durum ve Afet YönetimiBilgi YönetimiStok YönetimiAtık Yönetimi	<ul style="list-style-type: none">Poliklinik HizmetleriAcil Sağlık HizmetleriBiyokimya Laboratuvar HizmetleriMikrobiyoloji Laboratuvar HizmetleriPatoloji Laboratuvar HizmetleriGörüntüleme HizmetleriKliniklerAmeliyathane HizmetleriYoğun Bakım HizmetleriYeni Doğan Yoğun Bakım HizmetleriEczane HizmetleriSterilizasyon HizmetleriTransfüzyon Tıbbi HizmetleriAğız ve Diş Sağlığı HizmetleriFizik Tedavi HizmetleriDiyaliz HizmetleriDoğum HizmetleriPsikiyatri HizmetleriNükleer Tıp Hizmetleri	<ul style="list-style-type: none">Hasta Kayıt ve halkla ilişkiler HizmetleriHasta Dosya ve Kayıt HizmetleriMutfak HizmetleriÇamaşırhane HizmetleriMorg Hizmetleri	<ul style="list-style-type: none">Kalite İndikatörü

Hasta ve Çalışan Güvenliği



A. Boyutlandırma Yapısının Geliştirilmesi

Boyutlandırma sisteminde, standartları dikey ve yatay olmak üzere 5 boyuttan oluşan bir model üzerine yerleştirdik ve kurumun tüm bölümlerini kapsayacak şekilde dizayn ettik. Dikey boyutlarda, Kurumsal Hizmet Yönetimi, Sağlık Hizmetleri Yönetimi, Destek Hizmetleri Yönetimi, İndikatör Yönetimi yer alırken yatay boyutta ise Hasta ve Çalışan Güvenliği bulunmaktadır. Bu şekilde ülkemize özgü bir boyutlandırma yapısı geliştirdik.

B. Standartların Hazırlanması

Standartları hazırlarken mevcut kamu ve özel hastanelerde hizmet kalite standartları başta olmak üzere, ulusal ve uluslararası kaynakları inceleyerek ülke ihtiyaçlarını, ülke şartlarını dikkate aldık ve stratejik hedeflerimizi göz önünde bulundurduk. Bununla birlikte sahada çalışan değerlendiriciler, hastane kalite temsilcileri ve çeşitli uzmanların geri bildirimleri, görüş ve önerilerini aldık ve nihayetinde bugüne kadar edindiğimiz tecrübeleri de kullanarak son derece titiz bir çalışma ile standartları pilot çalışmaya hazır hâle getirdik. Ayrıca niteliksel olarak standartların hasta ve çalışan güvenliği ekseninde olmakla birlikte israfı önleyen, maliyet-etkin, verimliliği ve memnuniyeti önceleyen bir kavramsal bakış açısıyla hazırlanmasını esas aldık.

C. Standartların Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması

Geliştirdiğimiz standartların hastanelerde uygulanabilirliğini ve anlaşılabilirliğini değerlendirmek amacıyla farklı illerden, farklı hastane türlerinden ve farklı sektörlerden 24 hastanede pilot çalışmalar yaparak standartların geçerlilik ve güvenilirliklerini test ettik.

D. Kodlama Sisteminin Geliştirilmesi

Standartların hastanelerde karşılanma derecesinin belirlenmesinde istatistikî bir kayıt oluşturmak ve standartlara bir kimlik kazandırarak izlenebilirliğini sağlamak amacıyla kodlama sistemi geliştirdik ve standartları bu sisteme uygun olarak düzenledik. Bu yolla standartlara verdiğimiz kodlar, verinin işlenmesine ve hastaneler arasında bir kıyaslanmanın yapılmasına da imkân sağlayacaktır. Kodlama ayrıca dikey ve yatay boyutlara sahip olan standartların ilgili boyutları hakkında da kullanıcılara pratik bir bilgi sağlayacaktır.

E. Puanlama Sisteminin Geliştirilmesi

Hazırladığımız standartların puanlanması için bir sistem geliştirdik. Bu sistemde belli bir kural ve stratejiye göre puanlama yapılarak standartların birbiriyle kıyaslanması ve standartları belli bir kategorizasyona dâhil ederek puanlamada bütüncül, dengeli ve ağırlıklı bir dizayn yapılması sağlandı.



F. Tanımlar Dizininin Oluşturulması

Hazırladığımız standartların uygulama ve değerlendirme sürecinde uygulayıcılar ve değerlendiriciler arasında ortak bir dil oluşturulması amacıyla tanımlar dizini oluşturduk.

G. Bilgilendirme Tablolarının Oluşturulması

Standartların uygulanması aşamasında kurumun özelliğinden ve/veya uygulamasından dolayı kurumda geçerliliği olmayan standartları belirledik. Bu standartları değerlendirme sürecinde puanlandırmıyoruz.

Sonuç

Bu standartlar hazırlanırken bilimsel bir metodoloji izledik. Bu metodoloji içinde yer alan boyutlandırma, standart hazırlama, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, kodlama, puanlama, tanımlar ve bilgilendirme tabloları; özgün bir standart setinin oluşturulmasını sağlayarak standartların özgünlüğü itibarıyla bu çalışmaya bir ilk olma özelliği de kazandırdı. Titiz bir çalışma sonucu hazırlanan ve şu an yayımlanmış olan bu standart setinde eskiye nazaran hem etkinlik hem nitelik hem de uygulanabilirlik açısından büyük bir gelişim sergilendi. Bu çalışmalar sonucunda bu standart setinde toplam 295 standart ve 1.058 değerlendirme ölçütü yer almaktadır. Hastane değerlendirmesinde ise 480 standart ve 1.640 değerlendirme ölçütü kullanılmaktadır.

Türkiye sağlık sisteminde, amacı hizmetin kalitesini artırarak toplum sağlığını geliştirmek olan, tüm hizmet sunucuları için aynı yüksek kalitede hizmeti hedefleyen ve aynı değerlendirme sistemi ile kurumları periyodik olarak değerlendiren, sürekli iyileştirmeyi hedefleyen, çalışan güvenliği ve çalışanın yararını en az hasta güvenliği ve hastanın yararı kadar önemseyen ve ayrıca üst otoritenin rehberlik ve önderlik fonksiyonunu üstlendiği bir sistem oluşturulması yönünde büyük mesafeler katettik. Bilimsel ve doğru bir metodoloji izleyerek hazırladığımız ve gelişim sürecinde de aynı titizliği gösterdiğimiz bu çalışmalarda “Hastane Hizmet Kalite Standartları”nın etkinliği ve kabul edilebilirliği artmakta ve söz konusu çalışmalar tüm paydaşların sahiplendiği ortak bir ürün olarak karşımıza çıkmaktadır. Sonuçta Sağlıkta Ulusal Kalite Sistemi'nin ana eksenini oluşturan “Hastane Hizmet Kalite Standartları” hem ülkemize özgü oluşu hem de uluslararası çalışmaların sentezini bünyesinde barındırması ile sağlık sektörüne çok önemli katkılar sunacaktır.

Yaptığımız bu çalışmalar sonucunda sahip olduğumuz Ulusal Kalite Sistemi gelişime açık olup bugüne kadar olduğu gibi bundan sonra da bilimsel çalışmalar, teknolojik gelişmeler, geri bildirimler, deneyimler ve ülke ihtiyaçları süreç içinde bu çalışmalarını besleyen ve zenginleştiren unsurlar olacaktır.

TÜRKİYE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI



C. UYGULAMA

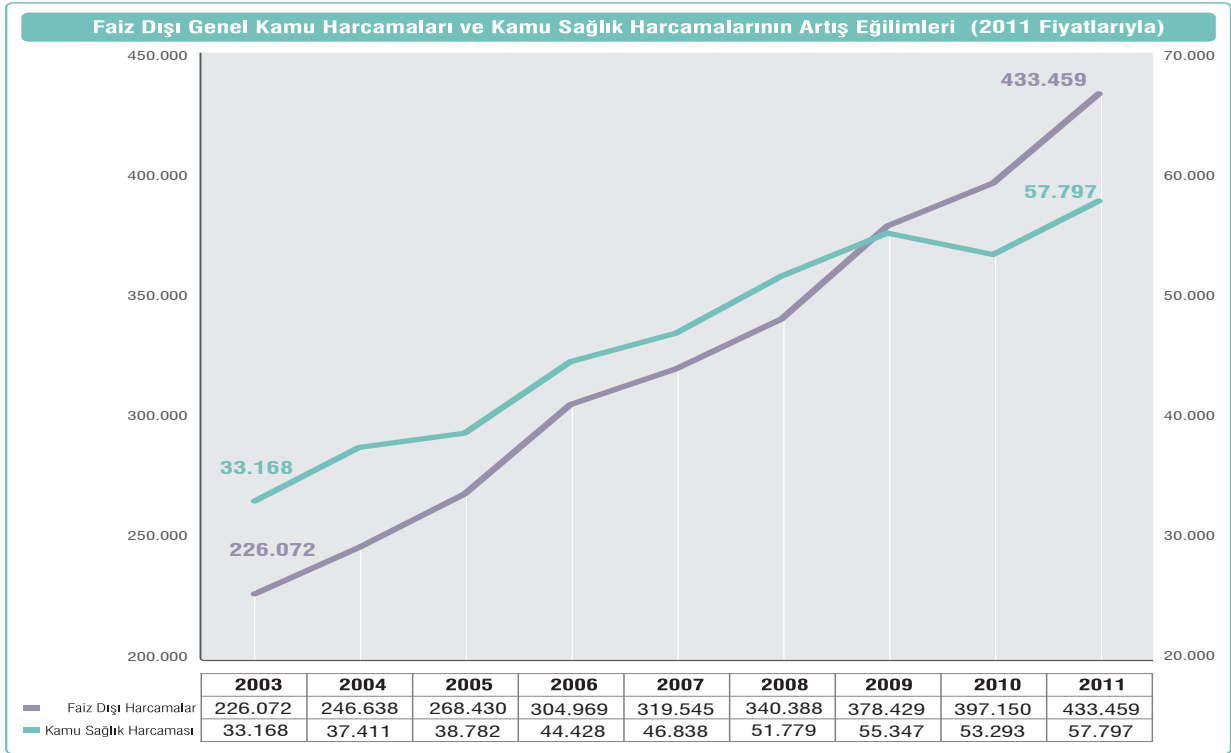
9. Sağlıkta Finansal Yönetim



1. Sağlık Harcamaları

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

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile kaynakları optimum kullanarak etkili, verimli ve hakkaniyetli bir sağlık sistemi oluşturduk.



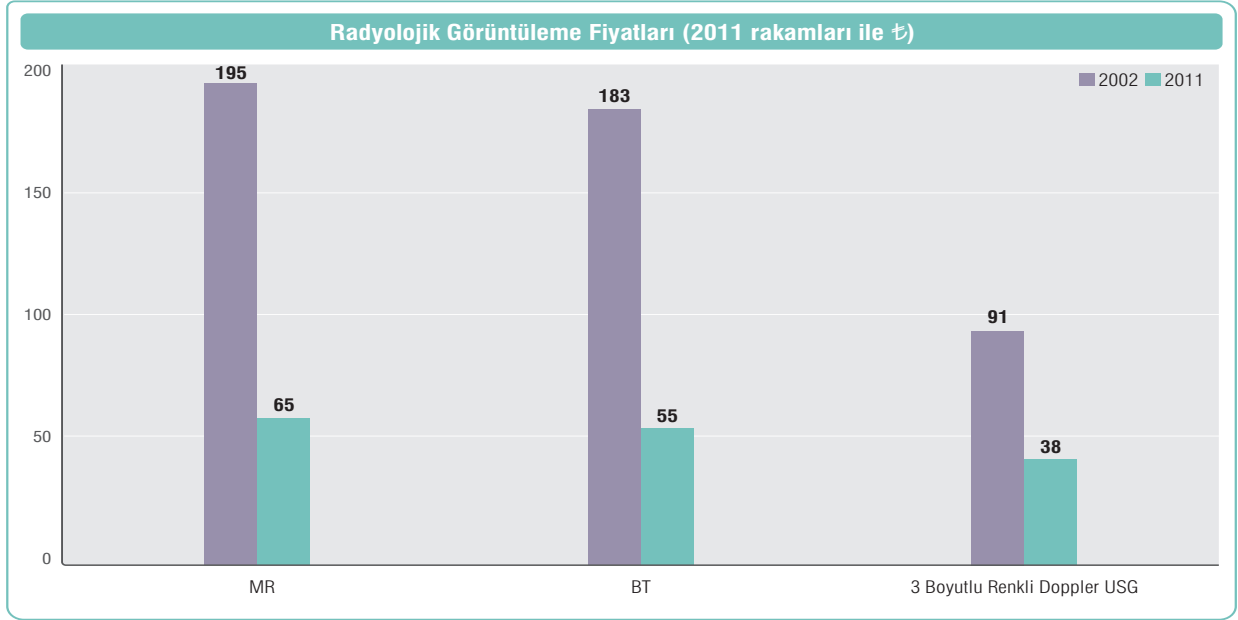
Grafik 95

Kaynak: TÜİK, Maliye Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı

2003-2011 yılları arasında faiz dışı genel kamu harcamalarındaki artış %92 iken kamu sağlık harcamalarındaki artış %74'tür (Grafik 95). Tablodaki rakamlar Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte sağlık harcamalarının aşırı artışı iddialarının doğru olmadığını göstermektedir. Üstelik, 2002 yılında kişi başı cepten yapılan sağlık harcamasının toplam sağlık harcamalarına oranı %19,8 iken 2011 yılında bu oranı %10,7'ye düşürdük.

Ülkemizde kişi başı ortalama hekime müracaat sayısı son dokuz yılda 2,6 katına çıktı. Bu tablonun oluşmasında, Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde, vatandaşlarımızın ilaç ve sağlık hizmetine ulaşımındaki engellerin kaldırılmasının büyük etkisi vardır.

Yüksek teknoloji kullanımının sağlık hizmetleri maliyetini artırdığı genel bir kabuldür. Ancak Türkiye'de maliyet etkili politikamız sonucunda yüksek teknoloji kullanımı sebebiyle oluşabilecek yüksek maliyetleri önledik (Grafik 96).



Grafik 96

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sağlık hizmetlerinin nicelik ve nitelik olarak daha fazla iyileştirilmesi, hem kaynakları optimum kullanmaya devam etmek hem de sağlık hizmetleri için ayrılan kaynağı (ülkemizin mali imkânları çerçevesinde) artırmakla mümkündür (Tablo 14-16; Grafik 97-102).

Tablo 14. Yıllara Göre Kamu ve Özel Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı (%)

		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Kamu	Türkiye	3,8	3,8	3,8	3,7	4,0	4,1	4,4	5,1	4,6	4,4
	OECD	5,9	6,1	6,1	6,1	6,1	6,1	6,3	7	6,9	-
Özel	Türkiye	1,6	1,5	1,5	1,8	1,8	1,9	1,7	1,4	1,2	1,0
	OECD	2,4	2,4	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,7	2,8	-
Toplam	Türkiye	5,4	5,3	5,4	5,5	5,8	6,0	6,1	6,1	6,1	6,1
	OECD	5,4	5,3	5,4	5,4	5,8	6,0	6,1	9,8	9,7	-

Kaynak: TÜİK, OECD Health Data 2012

Türkiye’de 2002 yılında kamu sağlık harcamasının GSYİH içindeki payı % 3,8 iken 2011 yılında bu rakam sadece % 4,4’e yükseldi. Bu kadar büyük, köklü ve hizmete erişimin doyuma ulaştığı bir sistemde kamu sağlık harcamasındaki artış GSYİH içinde sadece % 0,6 oldu.



Tablo 15. Kişi Başı Cepten Yapılan Sağlık Harcaması (Satınalma Gücü Paritesi ABD \$) ve Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı (%)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Türkiye	92	87	105	141	162	178	147	120	117	101
	%19,8	%18,5	%19,2	%22,8	%22	%21,8	%17,4	%13,0	%13,0	%10,7
OECD	385	410	436	454	471	505	529	562	569	-
	10,7	%18,7	%18,9	%19,0	%18,7	%18,9	%19,0	%19,9	%20,5	-

Kaynak: TÜİK, OECD Health Data 2012

2002 yılında kişi başı cepten yapılan sağlık harcamasının toplam sağlık harcamalarına oranı %19,8 iken 2011 yılında bu oranı %10,7'e düşürdük.

Tablo 16. Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcaması (Satınalma Gücü Paritesi-ABD \$)

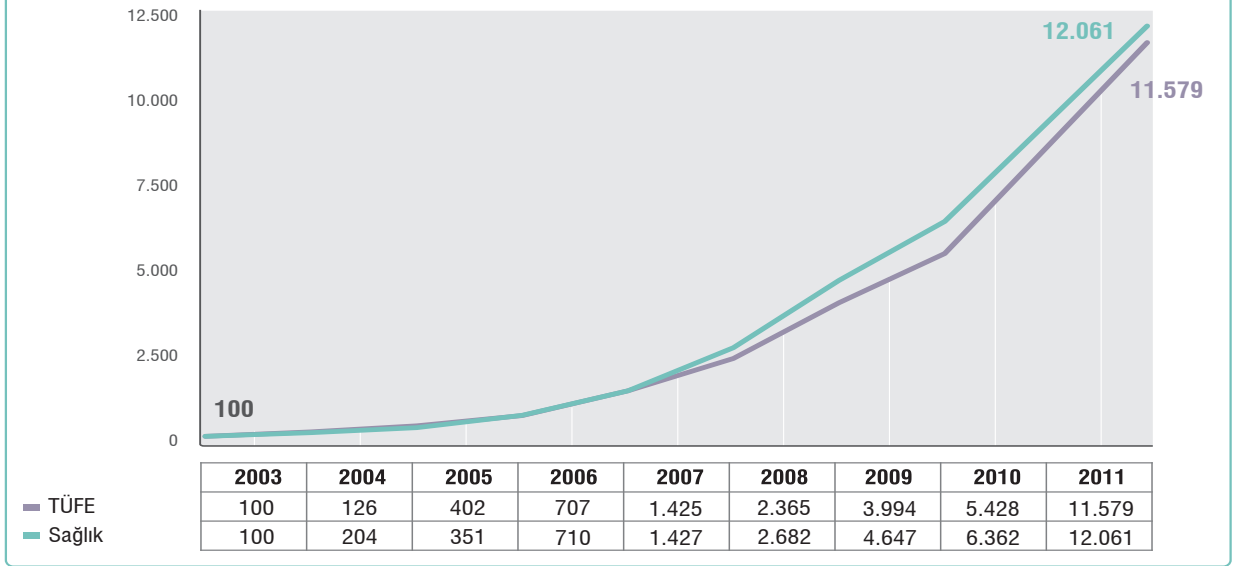
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	
Kamu	Türkiye	330	339	390	422	505	552	667	730	713	769
	OECD	1.565	1.632	1.737	1.825	1.946	2.050	2.224	2.380	2.357	-
Özel	Türkiye	136	132	157	200	234	262	246	196	193	181
	OECD	612	635	677	712	762	813	846	945	981	-
Toplam	Türkiye	466	471	547	622	738	813	913	926	906	950
	OECD	2.178	2.293	2.442	2.565	2.736	2.890	3.101	3.325	3.338	-

Kaynak: TÜİK, OECD Health Data 2012

Türkiye'de kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması 2002 yılında 466 SGP ABD \$ iken 2011 yılında bu rakam 769 SGP ABD \$ oldu. OECD ülkelerinin 2011 yılı ortalaması Türkiye rakamının 3,4 katıdır.



Genel Tüketici ve Sağlık Fiyat Endeksi, (1994-2002)

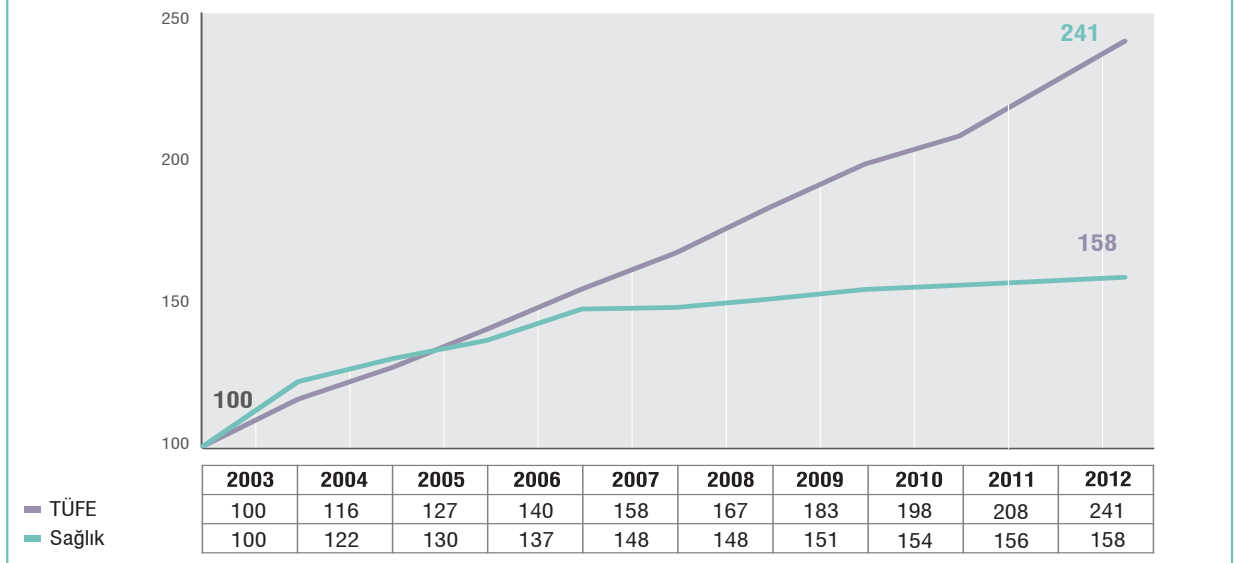


Grafik 97

Kaynak: TÜİK

Ocak 1994'te 100₺ olan sağlık ürün ve hizmetinin fiyatı Aralık 2002'de 12.061₺ oldu. Bu dönemde sağlık ürün ve hizmetlerindeki fiyat artışı genel fiyat artışının %104'üdür.

Genel Tüketici ve Sağlık Fiyat Endeksi, (2003-2012)



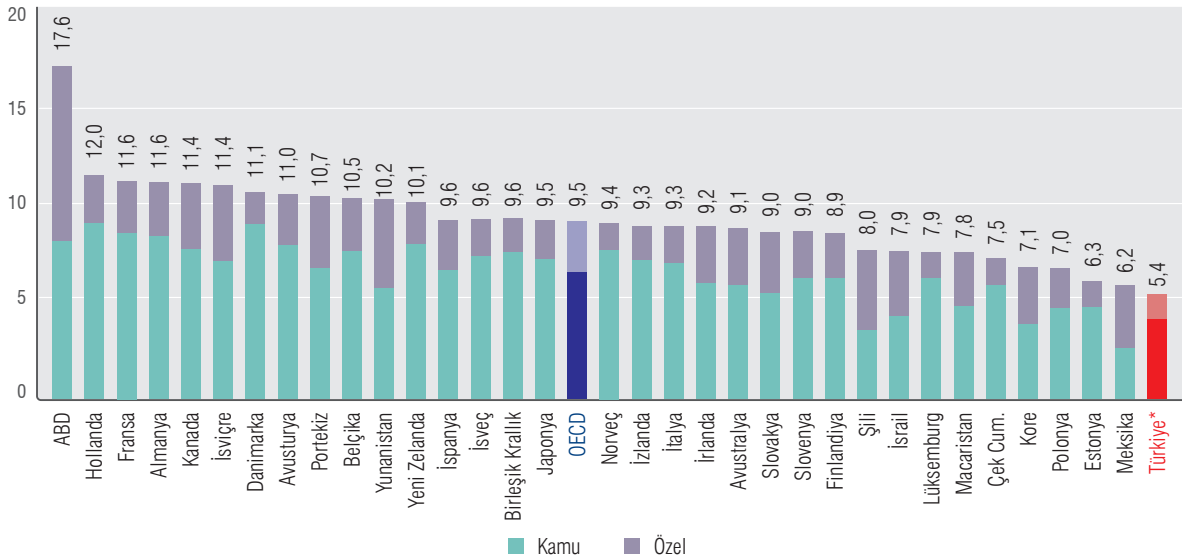
Grafik 98

Kaynak: TÜİK

Ocak 2003'de 100₺ olan sağlık ürün ve hizmetinin fiyatı Ekim 2012'de 158₺ oldu. Bu dönemde sağlık ürün ve hizmetlerindeki fiyat artışı genel fiyat artışının %41'idir.



OECD Ülkelerinde Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı (%), 2010

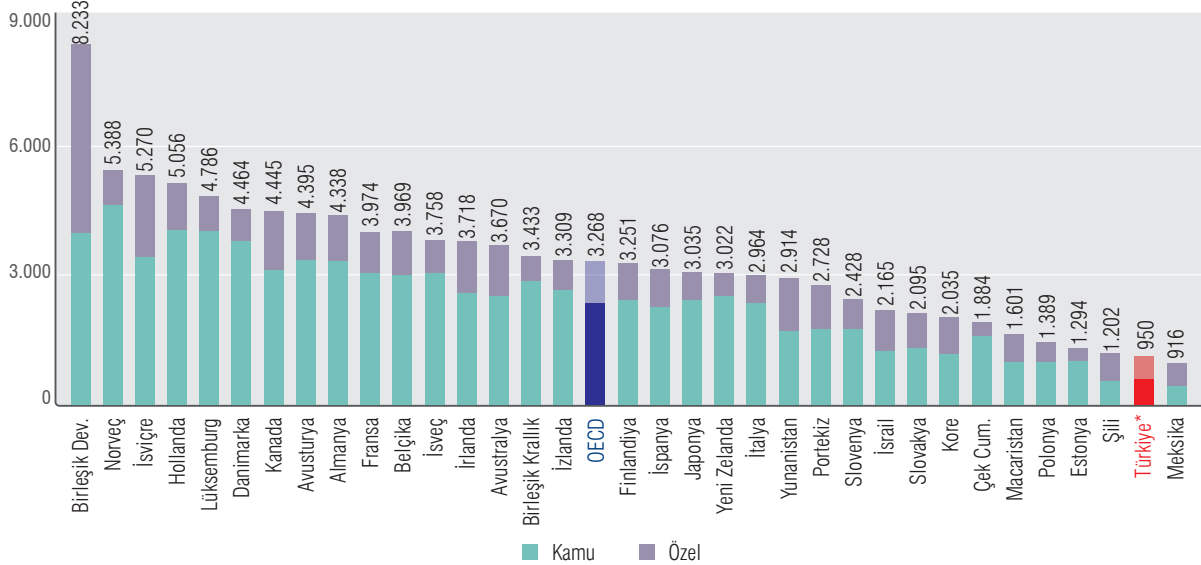


Grafik 99

Kaynak: OECD Health Data Temmuz 2012

*Türkiye verisi 2011 yılına aittir.

OECD Ülkelerinde Kişi Başı Toplam Sağlık Harcaması (SGP ABD \$), 2010



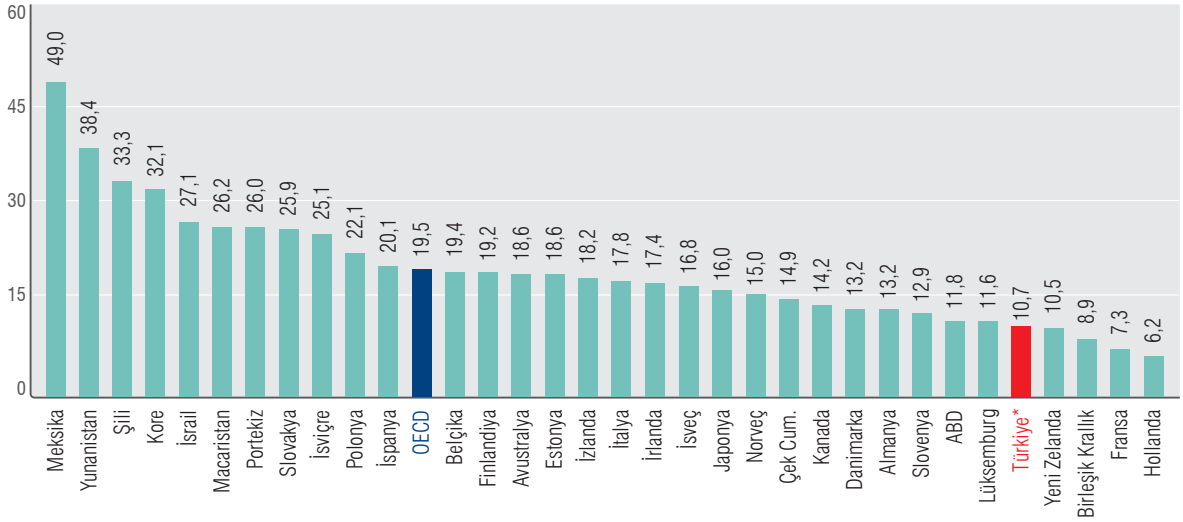
Grafik 100

Kaynak: OECD Health Data Temmuz 2012

*Türkiye verisi 2011 yılına aittir.



OECD Ülkelerinde Cepten Yapılan Sağlık Harcamasının Toplam Sağlık Harcaması İçindeki Oranı (%), 2010

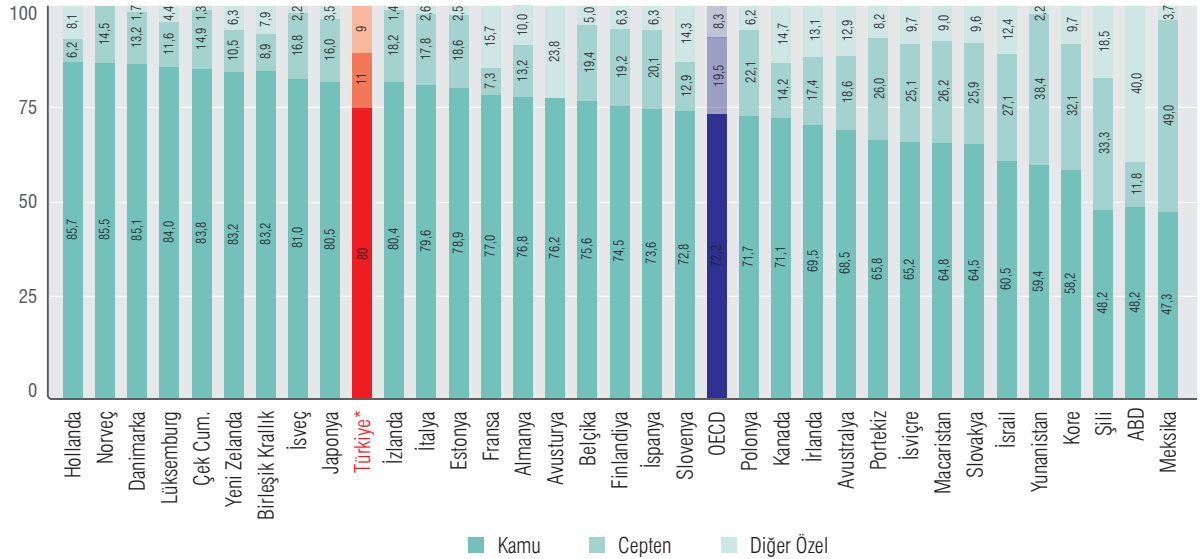


Grafik 101

Kaynak: OECD Health Data Temmuz 2012

*Türkiye verisi 2011 yılına aittir.

OECD Ülkelerinde Finansman Türüne Göre Sağlık Harcama Oranları (%), 2010



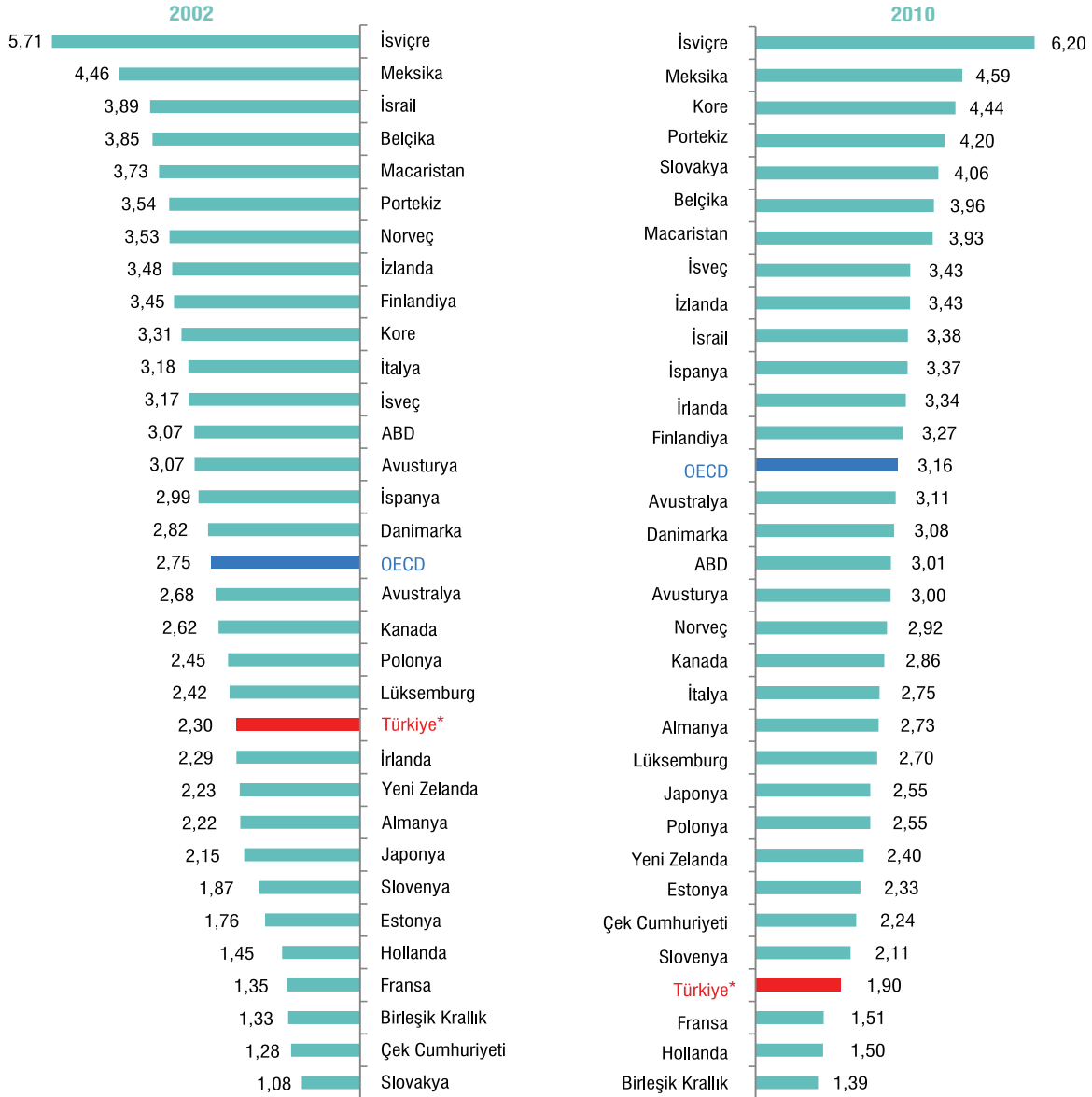
Grafik 102

Kaynak: OECD Health Data Temmuz 2012

*Türkiye verisi 2011 yılına aittir.



Hanehalkı Harcamaları İçinde Sağlık Harcamalarının Payı, (%), (2002, 2010)



Grafik 103

Kaynak: OECD Health Data 2012, TÜİK

*Türkiye verisi 2011 yılına aittir.

2002 yılında hanehalkı harcamaları içinde sağlık harcamalarının payı OECD'de %2,75 iken Türkiye için bu rakam %2,30'du. 2010 yılında hanehalkı harcamaları içinde sağlık harcamalarının payı OECD'de %3,16'ya yükselirken bu rakamı %1,90'a düşürdük (Grafik 103).



A. Orta Vadeli Mali Program

Orta Vadeli Mali Program; kamu kaynaklarının etkili, ekonomik ve verimli bir şekilde kullanılmasını, hesap verebilirliği ve mali saydamlığı sağlamak üzere düzenlenen programdır.

Orta Vadeli Mali Programın Amacı:

- Kaynak tahsisini stratejik amaçlar doğrultusunda belirlemek,
- Türkiye'nin son yıllarda ekonomik ve sosyal alanda katetmiş olduğu gelişmelerin sürdürülebilirliğini garanti altına almak,
- Makro politika öncelikleri kapsamında gelişen sektörlerle tutarlı amaç ve politikalar sunmaktır.

Gelişmeye ve değişime açık bir yapı arz eden ve üç yıllık perspektife sahip olan program, yıllık uygulamaların sonuçları ve ülkedeki değişimleri dikkate alarak her yıl yenilenmekte; program uygulamaları ile programı etkileyebilecek gelişmeler izlenerek değerlendirilmektedir. 2009 finansal krizi ve sonrasında başarı ile idare eden ekonomi, maliye ve planlama yönetimi sayesinde Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın finansal sürdürülebilirliği başarı ile devam etmektedir.

Bu programın sağlıkla ilgili kısmı ise sağlık hizmetlerinin kalitesinin artarak devam etmesi ve finansal sürdürülebilirliğin garanti altına alınmasıdır. Bu program ile kamu sağlık harcamalarına ait üç yıllık bir bütçe ortaya koyuldu. Böylece kaynakların sektörler tarafından optimum kullanımı sağlanmaktadır.

B. Sağlık Harcamalarının Takibi

Kamu kaynaklarının etkin ve verimli kullanılmasına yönelik alınacak tedbirler arasında, sağlık hizmetlerinde kalite maliyet etkinliğinin sağlanması amacıyla, sağlık harcamalarının sistematik olarak izlenmesi, değerlendirilmesi ve gerekli stratejilerin geliştirilmesini sağlamaya yönelik olarak Hükümet olarak Sağlık Harcamaları İzleme ve Değerlendirme Komisyonunu kurduk. Bu komisyon tarafından sağlık harcamalarının gelişimine ilişkin analizler yapılmakta ve bu analizler sonucunda gerek duyulması hâlinde yeni politikalar belirlenmektedir.

2. Global Bütçenin Yönetimi

Hükümet olarak Sağlık Bakanlığınca sunulan sağlık hizmetlerinin finansmanında uygulanmak üzere ilk kez 2006 yılında "Global Bütçe Modelini" geliştirdik.

Global bütçe, ileriye dönük olarak genellikle bir mali yıl için sunulacak hizmetler karşılığı tahsil edilecek tutarı, diğer bir bakış açısı ile de harcama sınırını ve hedefini ifade eder.

Global bütçe ile sağlık hizmetleri için ödenecek toplam bedele bir sınır koyarak sağlık harcamalarının kontrol altında tutulmasını amaçladık.



A. Global Bütçe Öncesi Durum

Hizmetin finansmanı, faturalandırma sistemine dayanmaktaydı.

Sosyal Güvenlik kapsamında olan hak sahipleri, birinci basamak resmi sağlık kurumuna sağlık karnesi ile birlikte vizite kağıdı veya hasta sevk kağıdı ile müracaat edebilmekteydi.

Yeşil kartlı hastalar yeşil kartlarıyla müracaat etmekteydi.

Birinci basamak hizmetlerinde sosyal güvencesi olmayan vatandaşlar muayene ücretini cepten ödemek zorundaydı.

Birinci basamakta yapılan muayeneler sonucunda, vizite kâğıdı, hasta sevk kâğıdı veya sağlık karnesi ile yapılan muayene ve tetkikleri gösteren muayene istem fişi, tahlil ve tetkik kâğıtlarının birer fotokopisi çekilerek kuruluştaki saklanmakta, asılları ise aylık olarak il sağlık müdürlüğüne gönderilmekteydi. İl sağlık müdürlüğü bu şekilde il genelindeki birinci basamak sağlık kuruluşlarından gelen bu belgeleri kişi ve geri ödeme kurumları bazında ayrıştırarak, her bir kişi ve geri ödeme kurumu adına verilen hizmet bedelini hesaplayarak fatura kesmekteydi. İl sağlık müdürlüklerince, geri ödeme kurumları adına kesilen fatura eklerine belgelerin birer örneği konulmakta, birer örneği de dosyada saklanmaktaydı. Ve ayrıca il müdürlükleri fatura ve eklerini posta yoluyla geri ödeme kurumlarına göndermekteydi. İkinci basamakta yapılan muayeneler sonucunda, vizite kâğıdı, hasta sevk kâğıdı veya sağlık karnesi ile yapılan muayene ve tetkikleri gösteren muayene istem fişi, tahlil ve tetkik kâğıtlarının birer fotokopisi çekilerek kuruluştaki saklanmakta, asılları ise geri ödeme kurumlarına kesilen faturalar ile birlikte gönderilmekteydi.

Öte yandan geri ödeme kurumlarında fatura inceleme işlemleri çok büyük iş yükü oluşturmuyordu. Faturaları zamanında incelemek neredeyse imkânsız hâle gelmişti.

B. Global Bütçe Uygulama Aşamaları

- Global Bütçe Miktarının Belirlenmesi işlemi, Maliye Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (SGK) arasında protokol imzalanması ile başlamaktadır. Protokolde;
 - SGK kapsamındaki ve yeşil kartlı vatandaşlar ile tedavi giderleri genel bütçeden karşılanan diğer kişilere sunulan tedavi hizmetleri karşılığında Sağlık Bakanlığına ödenecek toplam miktar,
 - Belirlenen tutarın hangi geri ödeme kurumunca, hangi tarihte ve ne miktarda ödeneceği,
 - Diğer (Hazine payı gibi) hususlar yer almaktadır.
- Global Bütçe Uygulaması: SGK ile Sağlık Bakanlığı arasında "Götürü Bedel Hizmet Alım Sözleşmesi" imzalanmaktadır. Diğer taraftan protokolde belirlenen toplam tutarı belirleme işlemi; ay bazında belirlenen yeşil kart ödeneklerinde ödeneğin serbest bırakılması, SGK ödemesinde ise peşin olarak ödenmesi sistemi ile gerçekleştirilmektedir.



- Global Bütçeyi Aşan Alacakların Tespit Edilmesi ve Terkini: Her yıl, global bütçe ile sağlanan mutabakat gereği tespit olunan ödeme tutarını aşan miktarın terkin edilmesini sağlamak üzere Bakanlar Kurulu Kararı çıkarılmaktadır. Çıkarılan Bakanlar Kurulu Kararına dayanılarak global bütçeyi aşan hizmet bedellerinin terkin edilmesine ilişkin usul ve esas imzalanmakta ve bu tutarlar Sağlık Bakanlığı hastanelerinin alacaklarından terkin edilmektedir.

Tablo 17. Yıllar İtibariyle Kamu Tahakkuk-Tahsilat ve Terkin Rakamları 2004-2011 (2011 fiyatlarıyla ₺)

Yıl	Tahakkuk	Tahsilat	Terkin
2004	10.659.000.000	9.306.000.000	1.352.000.000
2005	10.807.000.000	7.940.000.000	2.868.000.000
2006	13.321.000.000	11.491.000.000	1.831.000.000
2007	13.973.000.000	12.524.000.000	1.449.000.000
2008	15.039.000.000	12.495.000.000	2.545.000.000
2009	15.630.000.000	13.700.000.000	1.930.000.000
2010	15.577.000.000	13.544.000.000	2.033.000.000
2011*	15.811.000.000	14.204.000.000	1.607.000.000
TOPLAM	110.818.000.000	95.204.000.000	15.614.000.000

Kaynak: Strateji Geliştirme Başkanlığı

2004-2011 yılları arasında Bakanlığımız kurumlarının Sosyal Güvenlik Kurumuna (yeşil kart dâhil) verdiği hizmetin bedeli 111 milyar ₺ civarında iken bu bedelin 95 milyar ₺'si tahsil edildi (Tablo 17).

Bakanlığımız kurumlarının Sosyal Güvenlik Kurumuna verdiği hizmet bedelinin son 8 yılda terkin oranı yaklaşık %14'tür.

C. Birinci Basamakta Global Bütçe Uygulaması

08/03/2007 tarih ve 5597 sayılı Kanununun 4. maddesi ve 5502 sayılı Kanuna eklenen Ek Madde-2 ile global bütçenin ilk adımını attık. Birinci basamak sağlık kuruluşları tarafından verilen sağlık hizmetlerinde global bütçeyi resmi olarak başlattık ve ödeyici kurumlarla doğrudan hizmet alımı sözleşmeleri imzaladık.

Sosyal Güvenlik Uygulama Tebliği kapsamında olup olmadığına bakılmaksızın birinci basamak sağlık kuruluşlarında verilen tüm hizmetlerin, vatandaş için ücretsiz olmasını sağladık.



Sadece muayeneleri değil, birinci basamak sağlık kurum ve kuruluşlarımızca verilen, ruhsatlar için alınan sağlık raporları, sürücü ehliyetleri için alınan sağlık raporları, evlilik için alınan sağlık kurulu raporları, kan gurubu tespitleri, kan şekeri ölçümleri gibi her türlü hizmeti de ücretsiz hâle getirdik.

Bu uygulama ile öncelikle vatandaşın birinci basamak sağlık hizmetine erişimini kolaylaştırdık. Başvurularda herhangi bir belge istenmemesini de sağladık.

Vatandaşlarımıza yansıyan olumlu sonuçlarla birlikte kamu kurum ve kuruluşları arasında işleyen bürokrasiyi ve kırtasiyeciliği de azalttık. Geri ödeme kurumlarına fatura ve dayanağı belge gönderme işlemine son vererek sağlık ocaklarında başlayıp geri ödeme kurumlarında son bulan fotokopi, belge, sevk kâğıdı, sağlık karnesi ve faturadan oluşan kırtasiyeciliğin son bulmasını sağladık.

Bu uygulama ile kurumlarımızın finansal açıdan geleceği planlamalarını sağladık. Global bütçe uygulaması ile maliyetlerde azalma, bütçe ve ödeme işlemleri hızında çok ciddi artış gerçekleştirdik.

Kurumlarımızın gelirleri kadar gider yapmalarını sağlamak için etkin stok yönetimi uyguladık, hizmet alımlarında standartlar belirleyerek tedbirler aldık. Global bütçeye geçilmesi ile birlikte Kanunda %15 olarak belirlenen hazine payının 2009 yılında %1, 2010 yılında %3, 2011 yılında %1 olarak uygulanması sebebiyle işletmelerimizin giderlerini azalttık.

Yine aynı şekilde;

- Posta giderlerinde,
- Bu işlemlerle ilgilenen personelin mesailerinde,
- Sağlık personelinin, kırtasiyecilik işlemlerinden kaynaklanan gereksiz zaman kaybında,
- Geri ödeme kurumlarında yapılan inceleme işlemlerinin bitmesinden dolayı buradaki iş gücünde çok büyük tasarruf söz konusudur.

D. Global Bütçenin Hastanelere Dağıtımı

İşletmelerimizi finansal açıdan rahatlatmak için global bütçe ile belirlenen ödeneklerin planlamalarını yapmaya başladık. Daha önce sadece fatura üretimini dikkate alan planlamalar yapılmaktaydı. Bunun yerine, hastanelerimizin personel yükü, hizmet verdiği alan büyüklüğü, ayakta ve yatan hasta sayıları gibi birçok parametreyi göz önünde tutarak tespit ettiğimiz oranlara göre planlama yaklaşımına geçtik.

Bu parametreler;

- **Ayakta Hasta Geliri:** Sadece ayakta hasta muayenesi ile gelir elde eden kurumlarımızın tahakkukunun %75'ini tahsil etmeleri, asgari giderlerini karşılamaktadır. Bundan dolayı ayakta hasta muayenesi ile oluşan tahakkukun tahsilata oranı %75 olarak uygulanmaktadır.



- **Yatan Hasta Geliri:** Yataklı tedavi kurumlarımızın tahakkukunun %90'ını tahsil etmeleri, asgari giderlerini karşılamaktadır. 2011 yılı global bütçesinde tahsilatın tahakkuka oranı %90 olacağından bu oran yatan hasta gelirine aynen yansıtılmaktadır.
- **Personelin Kuruma İlave Yüğü:** Bu parametre, döner sermayeden çalıştırılan personel giderlerinin kurumlar arasında oluşturduğu dengesizliğin azaltılması amacıyla uygulanmaktadır.
- **Kapalı Alan Gideri:** Kapalı alana bağlı giderlerden dolayı (elektrik, kira, yakıt vb.) kurumlar arasında oluşan dengesizliğin düzeltilmesi amacıyla uygulanmaktadır.
- **Bina Bakım-Onarım Gideri:** Bu parametre bina bakım-onarım giderlerinin oluşturduğu dengesizliğin düzeltilmesi amacıyla uygulanmaktadır.
- **Çerçeve Alımı Yapılması:** Çerçeve alımı yapmak üzere görevlendirilmiş hastanelerin teşviki amacıyla uygulanmaktadır. Bu kurumlara tahakkukunun %1'i kadar ilave tahsilat sağlanmaktadır.
- **Satın Alma Yönünden Bağlılık:** Başka kurumların satın alma işlemini yürüten hastanelerin teşviki amacıyla uygulanmaktadır. Bu kurumlara bağlı hastane başına tahakkukunun binde 2'si kadar ilave tahsilat sağlanmaktadır.
- **B1 Tipi 112 Entegre İstasyonu:** B1 tipi entegre 112 istasyonları, verdikleri hizmetten dolayı ilave bir gider oluşturduğundan, istasyonların entegre edildiği kurumları desteklemek için tahakkuklarının %1'i kadar ilave tahsilat sağlanmaktadır.
- **Teşhisle İlgili Gruplar:** Aralık 2010'dan itibaren Bakanlığımızca geliştirilen Teşhisle İlişkili Gruplar (TİG) uygulaması dikkate alınarak yapılmaktadır.
- **Stok Kayıt Düzeni:** Kurumun stok kayıtları düzensiz ise tahakkukunun %1'i kadar kesinti yapılması öngörülmüştür.
- **Hastane Rollerine Uyum:** Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünce belirlenen hastane rollerine uyum gösteremeyen kurumlardan tahakkukunun %1'i kadar kesinti yapılması öngörüldü.



3. Finansal Standart Geliştirme ve Düzenleme İşlemleri

A. Personel Ağırlıklı Hizmet Alımlarında Çalıştırılabilecek İşçi Sayısının Tespiti

Hizmet alımları kapsamında çalıştırılabilecek işçi sayısının tespitinde, Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde geliştirilen yeni sağlık hizmeti sunumu modeline uygun, gelire, hizmet sunumuna, hasta potansiyeline, hizmet sunulan mekânın büyüklüğüne, kadrolu ve/veya sözleşmeli olarak çalışan mevcut personel sayısına göre değişebilen dinamik bir sistemi uygulamaya başladık.

Bu düzenleme ile kurumlarımızın işçi sayısı tespitine yönelik kurumun performansını ve hizmet sunumunu etkilemeyen sınırlamalar getirdik.

Hizmet alımları kapsamında çalıştırılacak işçi sayısının, belirlenen yeni kriterler doğrultusunda sağlıklı bir şekilde hesaplanabilmesi ve bu hesaplamanın Bakanlık veya il düzeyinde izlenebilmesi amacıyla web tabanlı “İşçi Sayısının Tespit ve Takip Sistemi” programını geliştirerek kurumlarımızın kullanımına sunduk.

Kurumlarımız bu program üzerinden, bağlı buldukları kriterler ve gösterdikleri performanslarına göre çalıştırabilecekleri işçi sayısını, altı aylık periyotlarla belirlemektedir. Bu veriler anında Bakanlık, il sağlık müdürlüğü ve kurumlar tarafından kontrol ve takip edilebilmektedir. Ayrıca bu sistem üzerinden kurumlarımızda hizmet alımının konusuna göre kaç personel çalıştırıldığı, bu personelin öğrenim durumları ve verilen ücretler gibi bilgilere de anında ulaşılabilir.

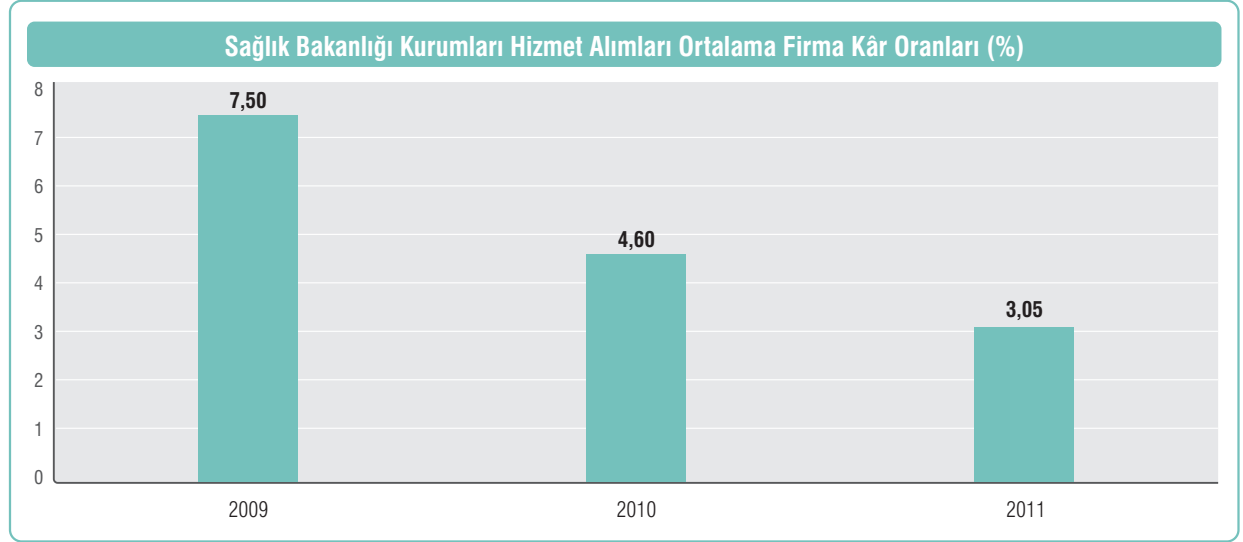
B. Personel Ağırlıklı Hizmet Alımlarında Yüklenicilere Verilecek Kâr Oranı

Kamu İhale Kurumu’na yayımlanan Hizmet Alımı İhaleleri Uygulama Yönetmeliği hükümlerine göre personel ağırlıklı hizmet alımlarında işin niteliğine göre %20 oranını geçmemek üzere yüklenicilere verilecek kâr oranını belirleme yetkisi idarelerin takdirine bırakıldı.

2009 ve 2010 yıllarında yapılan düzenlemelerle Bakanlığımıza bağlı kurumların yapmış olduğu personel ağırlıklı hizmet alımlarında yüklenicilere verilebilecek azami kar oranını önce %8 ile daha sonra ise %5 ile sınırlandırdık. 2011 yılında da azami kar oranını %5 olarak uyguladık.



Yapılan bu düzenlemelerden sonra ilgili firmalar açısından 2009 yılında ortalama %7,5 ve 2010 yılında %4,6 olarak gerçekleşen kar oranını 2011 yılında %3,05'e düşürdük (Grafik 104).



Grafik 104

Kaynak: Strateji Geliştirme Başkanlığı

Bu düzenleme sayesinde 2011 yılında Sağlık Bakanlığı'nı yaklaşık 60 milyon ₺ mali yükten kurtardık.

C. Hizmet Alımları Kapsamında Çalıştırılan İşçilere Öngörülecek Ücretler

Kamu İhale Kurumu'nca yayımlanan ikincil mevzuata göre personel çalıştırılmasına dayalı hizmet alımı ihalelerinde çalıştırılan işçilere brüt asgari ücret üzerinden bir ödeme yapılmaktadır. Alınan hizmetin niteliği gereği asgari ücretin üzerinde bir ücret öngörülmesi ise ihale dokümanı ve sözleşmelere gerekli hükümlerin konulması kaydıyla idarelerin takdirine bırakılmıştır.

Bakanlığımıza bağlı kurumların (aynı ilde bulunan kurumların dahi) farklı farklı ücret belirlenmeleri, çalıştırılan işçiler arasında eşitsizliğe neden olmaktadır.

Kurumlarımız arasında uygulama birliğinin sağlanması, çalıştırılan işçilere hizmetin konusuna, öğrenim durumuna ve almış olduğu sertifikalara göre adaletli bir ücret öngörülmesi için gerekli düzenlemeleri yaptık.

D. Ödeme Zamanının Belirlenmesi ve Ödeme Süreçlerinin Düzenlenmesi

İhtiyaçların uygun şartlarla karşılanması ve kaynakların verimli kullanılmasını sağlayan en önemli etkenlerden biri de ödemelerin idare tarafından ne zaman yapılacağına tedarikçiler tarafından bilinmesi ve bu ödemelerin gecikmeksizin yapılması hususudur.



Yaptığımız düzenlemelerle; ihale dokümanlarında mutlaka ödeme zamanının belirtilmesini, kurumun gelir gerçekleştirmeleri ve nakit akışları doğrultusunda ödeme zamanının azami 90 günü geçmemesini, mali durumu iyi olan kurumların erken ödeme zamanı belirlemelerini, muayene ve kabul işlemleri ile tahakkuk süreçlerinde gecikmeye mahal verilmeden ödeme evraklarının ilgili saymanlıklara süratle intikal ettirilmesini sağladık.

Vatandaşlarımızın ihtiyaçlarının sağlık işletmelerince karşılanması ve böylece memnuniyetin en üst düzeye ulaştırılması amacıyla kaliteli ürün temini, düşük stok düzeyi ve düşük maliyeti temel alan stok uygulamalarını başlattık.

4. Stok Yönetimi Kapsamında Başlattığımız Yeni Uygulamalar

A. Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemi Uygulamaları (MKYS)

MKYS, Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatında yer alan birimlerin sahip oldukları kaynakların (ilaç, tıbbi cihaz, tıbbi sarf malzemeleri ve demirbaş) verimli kullanımı ve güncel olarak takibini sağlamak üzere geliştirilen merkezi web tabanlı bir yönetim bilgi sistemidir.

MKYS içerisinde, kaynak kullanımı ve takibine yönelik birçok modül yapı bulunmaktadır. Geliştirdiğimiz bu model ile Envanter Bilgi Sistemi, Malzeme Girişi, Ambar (Depo) Bilgi Sistemi, Dayanıklı Taşınır Bilgi Sistemi, Ulaşım Araçları Bilgi Sistemi, Tıbbi Cihaz Bilgi Sistemi, Firma Bilgileri ve Sağlık Ocakları Malzeme İşlemleri gibi birçok modül yapıyı içeren kombine bir kaynak yönetim sistemi oluşturduk.

2008 yılından itibaren uygulanmakta olan bu sistem ile mali mevzuat gereğince hazırlanması gereken birçok defter, belge ve cetvelleri elektronik ortamda hazırlanır hâle getirdik. Ayrıca birimlerimizce yapılacak iş ve işlemlerdeki hesap verilebilirliğe ilişkin kayıt ve raporlamaları sistem tarafından otomatik olarak gerçekleştirip, olası hata ve riskleri en düşük seviyeye çektik.

MKYS uygulamasından önce tüm kamu idarelerinde olduğu gibi Bakanlığımıza bağlı kurumlarda da taşınırlara ait her türlü kayıt ve hesap işlemleri defter kayıtları üzerinden ayniyat görevlilerince takip edilmekteydi.

Bu doğrultuda bir kurumun mal varlığı ile tüketim ve stok durumları gibi mali yapısına ilişkin veriler ancak dönem sonlarında hesapların kapatılması ile elde edilebilmekteydi.

Ayrıca herhangi bir kurumun mal alımlarının ayrıntılı olarak incelenmesi veya daha önce alımı yapılan kalemlerin hangi birimlere çıkış yapıldığının öğrenilmek istenmesi durumunda, bahse konu işlemler için defter kayıtlarının yetkin kişiler tarafından uzun süren çalışmalarla incelenmesi ve buradan temin edilen bilgilerin hesaplama tabii tutulması gerekmektedir.



MKYS uygulamasından sonra tüm bu kayıtlar elektronik ortamda tutularak, mali mevzuat gereğince hazırlanması gereken birçok defter, belge ve cetvelleri kullanımdan kaldırdık. Böylece, hesap verilebilirliğe ilişkin kayıtları ve raporları elektronik ortamda otomatik olarak hazırlamaya başladık.

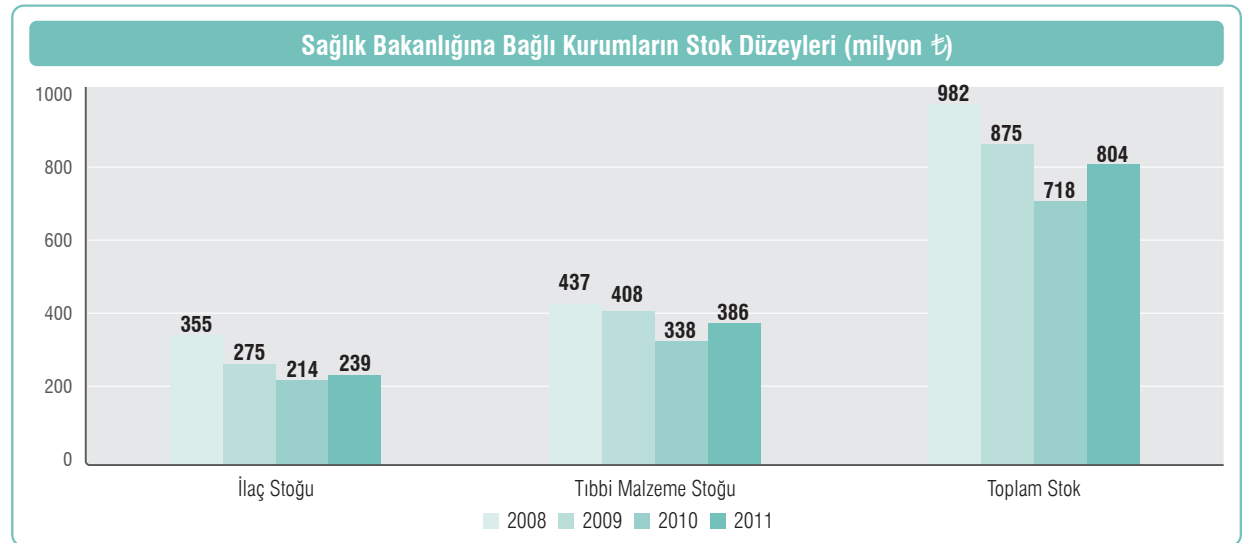
Halihazırda MKYS uygulamalarıyla herhangi bir kurumun ilaç veya tıbbi sarf stoku, akaryakıt tüketimi, kırtasiye kalemleri, yedek parça mevcudu ile kimden, ne zaman, ne kadar miktarda ve hangi yöntemle satın alma yaptığını detay ve konsolide edilmiş raporlar ile web üzerinden anlık takip etmekteyiz.

B. Azami Stok Miktarı (ASM) Uygulaması

Sağlığa yönelik taleplerin belirsizliği karşısında hizmet sunumunun kesintisiz olarak sürdürülebilmesi için işletmelerin belirli seviyede stokla çalışmaları gerekmektedir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde hasta ve yakınlarının rahatı açısından ilaç ve tıbbi sarf ihtiyaçlarının tamamının sağlık tesislerince karşılanmasını kararlaştırdık. Tüm bu gelişmelere bağlı olarak kurumlarımızın ilaç ve tıbbi sarf stokları önemli ölçüde artış gösterdi.

Sürdürülebilir finansal yapının sağlanabilmesi amacıyla stok yönetimi alanında yeni düzenlemeler yaptık. Bu kapsamda tedarik ve stok maliyetleri ile miat ve bozulma gibi riskleri asgari düzeye indirmek amacıyla kurumlarımızda ilaç ve tıbbi sarf malzeme tedarikinde “Azami Stok Miktarı Uygulaması”nı başlatıp en fazla 3 aylık ihtiyaçla sınırlandırdık (Grafik 105).



Grafik 105

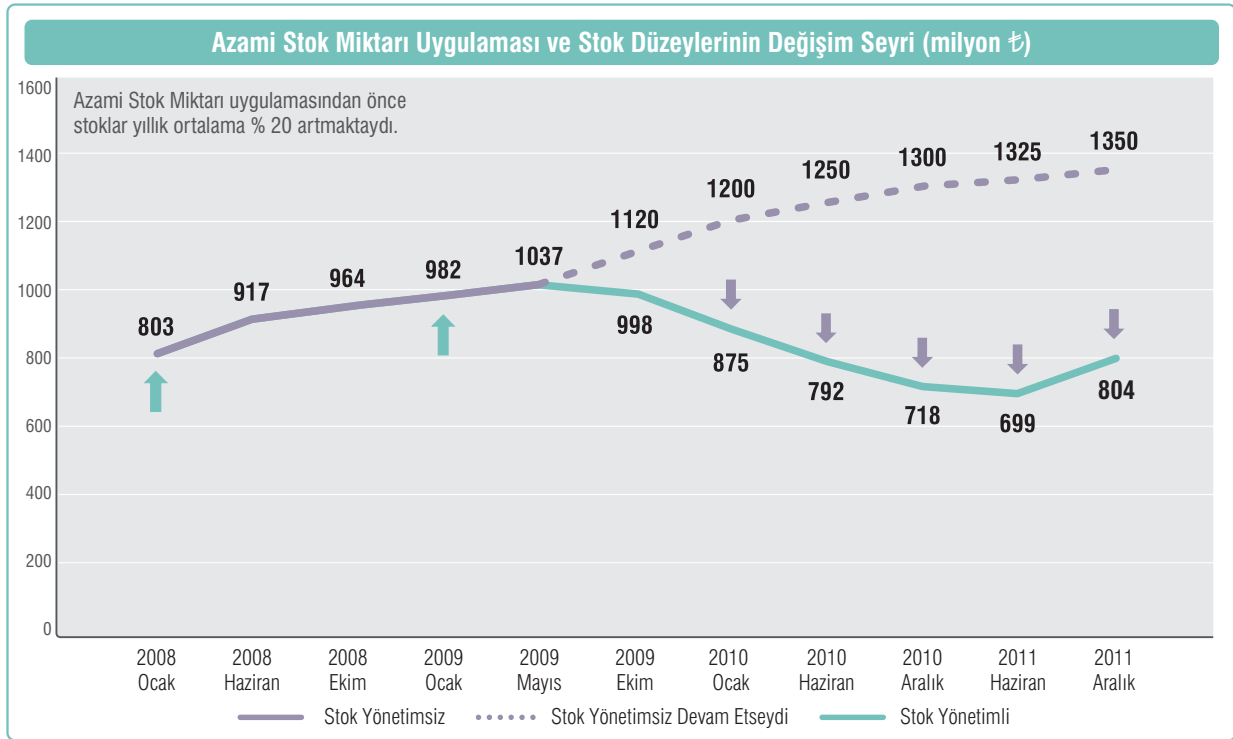
Kaynak: Strateji Geliştirme Başkanlığı

Azami stok miktarı uygulaması ile mal kabullerinin ihtiyaçlar nispetinde ve 3 aylık ihtiyacı geçmeyecek ölçüde gerçekleşmesini sağlayıp, paralelinde ödeme yükümlülüklerinin de kontrol altına alınarak borç vadelerinin kısaltılmasını sağladık.



Azami stok miktarı uygulamasından önce stok düzeyleri yıllık ortalama %20'nin üzerinde artış göstermekte iken Mayıs 2009'da başlattığımız uygulama ile stok artışlarını önleyip 1 milyarın üzerinde olan Türkiye geneli stok düzeyini 2010 yılı sonunda 718 milyon ₺ seviyesine kadar düşürdük. Bununla birlikte sağlık işletmelerimizdeki artan kapasite, 11 üniversite ile ortak hastane kullanımı ve dışarıya reçete edilen ilaç ve tıbbi sarfların önemli ölçüde hastane stoğundan karşılanması sebebiyle 2011 yılında stok hacmimiz %11 oranında arttı (Grafik 106).

Kaynakların etkin ve verimli kullanılmasını sağlamak amacıyla bir kısım kalemlerde azami stok miktarının daha da azaltılmasını hedefliyoruz.



Grafik 106

Kaynak: Strateji Geliştirme Başkanlığı

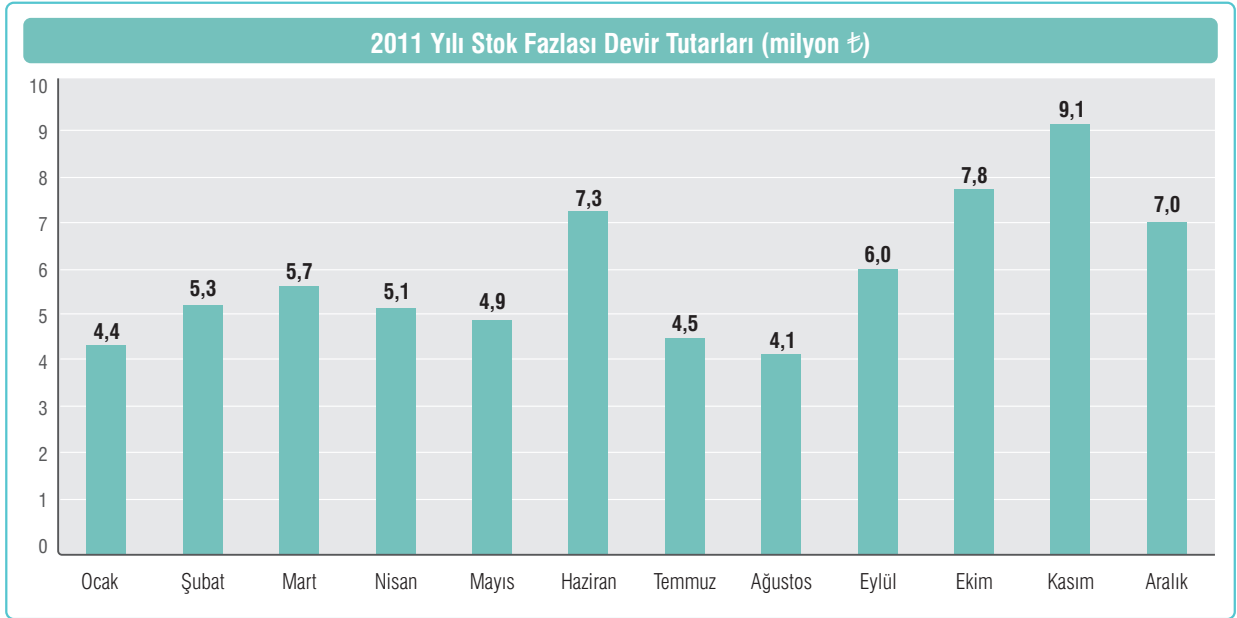
C. İhale Öncesi MKYS Sorgulamalarının Zorunluluğu ve İl Stok Havuzu

Hizmet üretim giderleri içerisinde önemli bir yer tutan ilaç ve tıbbi sarf gereksinimleri, tedarik maliyetinin yanı sıra stok maliyetleriyle de işletmelerin finansal yapıları üzerinde olumsuz etkiye sahiptir.

Kurum stoklarında üç aylık ihtiyacın üzerinde bulunan tıbbi malzeme veya ilaçlar ile çeşitli nedenlerden dolayı hiç kullanılmayacak veya miat, demode olma ve bozulma riski bulunan taşınırların, ihtiyacı olan kurum ve kuruluşlara bedelli ya da bedelsiz devrinin sağlanması amacıyla "Stok Fazlası Taşınır Modülü" ile "İhtiyaç Fazlası Taşınır Modülü"nü geliştirdik.



Kurumların ihtiyaç duydukları ürünlerin piyasadan temin yerine, öncelikli olarak stok fazlası veya ihtiyaç fazlası modülde bulunan malzemelerden tedarik edilmesi amacıyla ihale öncesinde MKYS modüllerinin sorgulanmasını zorunlu hâle getirdik.



Grafik 107

Kaynak: Strateji Geliştirme Başkanlığı

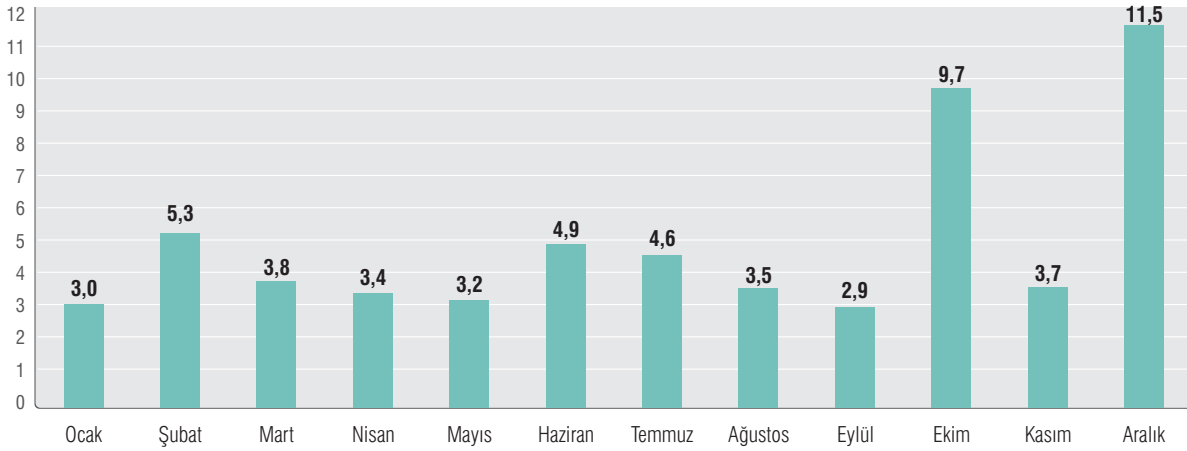
Bu uygulama kapsamında 2011 yılında 71,1 milyon TL stok fazlası malzeme devrini gerçekleştirdik (Grafik 107).

MKYS'de stok kaydı bulunan ilaç ve tıbbi sarfların tüketim bilgilerine göre yıllık ihtiyaç miktarlarının belirlenmesi gerekmekte olup azami stok miktarı uygulamasına göre üç aylık ihtiyacın üzerinde olan ürünler sistem tarafından otomatik olarak stok fazlası modüle aktarılmakta ve diğer hastanelerin bilgisine sunulmaktadır. Örneğin; bir hastanenin yıllık A ilacı ihtiyacı 1.000 adet ise azami stok miktarı uygulamasına göre depoda en fazla 250 adet bulundurabilecektir. Hastane A ilacından 300 adetlik bir alım yaptığında bunun 50 adedi otomatik olarak stok fazlası modüle aktarılarak ihtiyacı olan hastanelerin bilgisine sunulmaktadır.

Hizmet üretimi gereği tedarik edilen ancak herhangi bir nedenle ihtiyaç dışına çıkan mal veya malzemeler ihtiyaç fazlası malzeme olarak tanımlanmaktadır. Kaynakların verimli olarak kullanımına destek olmak üzere İhtiyaç Fazlası Taşınır Modülü'nde yer alan ürünlerin bedelsiz olarak devrini sağladık.



2011 Yılı İhtiyaç Fazlası Devir Tutarları (milyon ₺)



Grafik 108

Kaynak: Strateji Geliştirme Başkanlığı

2011 yılında 58,7 milyar TL tutarında ihtiyaç fazlası malzeme devri gerçekleştirdik (Grafik 108).

MKYS sisteminde ihale öncesi sorgulanacak modüllerin bir diğeri “Malzeme Satın Alma Sorgulama Modülü”dür.

Bu modül aracılığı ile “kimin, neyi, kimden, ne zaman ve ne kadara satın aldığı” bilgisi idarelerin kullanımına sunulmakta olup bu doğrultuda yaklaşık maliyet hesabı ile ihalelerin karara bağlanmasının daha sağlıklı veriler üzerinden gerçekleşmesini sağladık.

Netice olarak MKYS sorgulamalarını, ekonomik satın alma uygulamalarının yanı sıra, atıl bekleyen kamu kaynaklarının ihtiyacı olan kurumlara devredilebilmesi ve stok düzeylerinin düşürülmesinde önemli bir araç olarak kullanılmaktayız.

D. Stok Analizleri

Stok ve satın alma analizlerinin temel amacı, hizmet sunumunun gerekli kıldığı ilaç ve tıbbi sarf gereksinimlerinin ekonomik satın alma yöntemleriyle tedarik edilmesini sağlamaktır.

MKYS satın alma modülü üzerinde takip edilen bilgiler ışığında düzenli olarak satın alma ve stok analizlerini gerçekleştirdik.

E. İl Düzeyinde Stok Koordinasyon Ekiplerinin ve İl Stok Havuzlarının Oluşturulması

Stok yönetimi alanında gerçekleştirilen uygulamaların devamı olarak, il düzeyinde stok yönetiminin etkin kılınması ve kurumsal düzeyde malzeme devirlerinin koordine edilmesi amacıyla her ilde “Stok Koordinasyon Ekipleri” oluşturduk.



Stok koordinasyon ekipleri, kurumsal düzeyde stok uygulamalarını incelemek, yıllık ihtiyaç miktarlarını kontrol etmek, il stok havuzunda yer alan ürünlerin piyasadan teminini önlemek ve satın alma uygulamalarını analiz ederek idareler nezdinde farkındalık oluşturmak üzere faaliyet göstermektedir.

Hali hazırda kurumların stok koordinasyon biriminden izin almadan piyasadan tedarik cihetine gitmemesini sağlayıp ihtiyaçların öncelikle il stok havuzundan karşılanmasını zorunlu kıldık.

F. İhtiyaç Tespit Komisyonları'nın Kurulması

Kurumlarımızda her türlü tıbbi sarf, ilaç ve benzeri mal alımları ile hizmet alımlarına yönelik taleplerin yerindeliğini ve istem miktarlarını kontrol etmek üzere "İhtiyaç Tespit Komisyonları" oluşturduk.

Söz konusu komisyon, gereksiz bürokrasi oluşturmayacak şekilde çalışarak işletme ihtiyaçlarının her yönden sağlıklı bir şekilde tespit edilmesini sağlamaktadır. Bu komisyon;

- Mal alımlarında teminine karar verilen bir ürünün, sadece alınacak miktarına değil fiyatlandırılabilir ürünlerde bunun geri ödeme kurumları tarafından ödenip ödenmediğine ve azami hangi fiyattan alınabileceğine,
- Hizmet alımlarında, alınacak hizmetin nitelik ve kapsamına ve geri ödeme kuruluşlarınca yapılacak ödeme dikkate alınarak bahse konu hizmetin hangi fiyata kadar tedarik edilebileceğine,
- Alternatif ürünleri araştırarak ihtiyacın daha düşük maliyetlerle karşılanmasının mümkün olup olmadığına,
- İhtiyaç konusu mal veya hizmetin alternatif temin yöntemlerinin (bağış, diğer kurumlardan devir, kiralama, hizmet alımı gibi) bulunup bulunmadığına karar vermekte olup

bu komisyonların, kurumların finansal sürdürülebilirliğinin sağlanmasında kontrol aracı olarak çalışmalarını sağladık.

5. İhtiyaçların Temini İçin Geliştirilen Yeni Yöntemler

Sağlık hizmeti gibi ertelenemeyen hizmetleri sunan sağlık kurumlarının ihtiyaçlarını finansal sürdürülebilirlik açısından asgari maliyetle temin etmeleri için kamu ihale mevzuatı çerçevesinde yeni yöntemler uygulamaya koyduk.

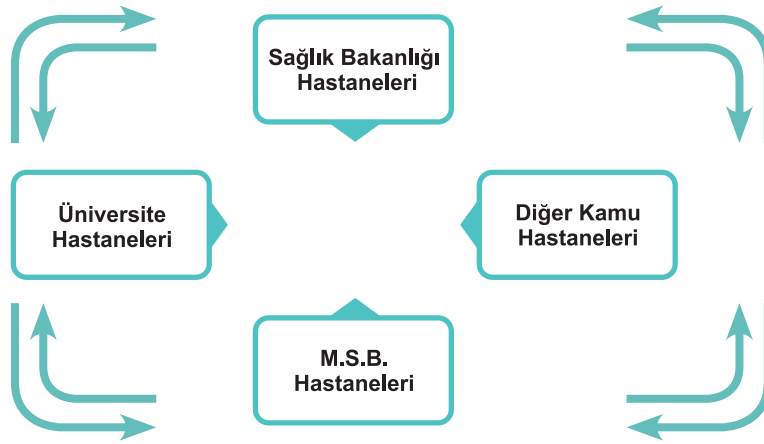
A. Kamu Hastanelerinin Birbirlerinden Mal ve Hizmet Almalarının Önünü Açtık

Bakanlığımıza bağlı döner sermayeli işletmelerce kullanılmayan veya ihtiyaç fazlası olan mal ve demirbaşların israf edilmeden kullanılması amacıyla ihtiyaç duyan işletmelere bedelsiz veya tespit edilecek bir bedel üzerinden devri ile atıl durumda kalan kaynakların ihtiyaç sahibi olan kurumlara verilebilmesi amacıyla gerekli mevzuat düzenlemelerini yaptık.



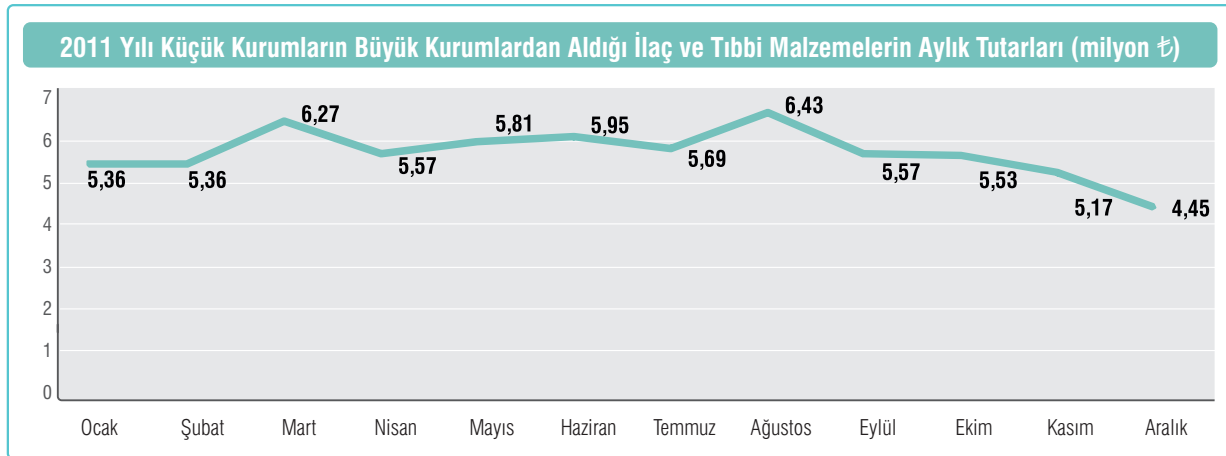
Bu düzenlemeyi tüm kamu sağlık kurumlarını kapsayacak şekilde genişlettik. Sağlık kurum ve kuruluşlarının bünyelerinde yapılamayan teşhis ve tedaviye yönelik hizmetlerin diğer kamu idarelerine bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarından karşılanabilmesi imkânını sağladık.

Bu düzenleme ile Bakanlığımıza bağlı hastaneler ile üniversite hastaneleri ve kamuya ait diğer hastanelerin atıl durumdaki kaynaklarını kullanılabilir duruma getirdik.



B. Küçük Hastanelerin İhtiyaçlarının Büyük Hastanelerce Karşılanması

İlgili mevzuattaki düzenlemelere paralel olarak 2009 yılının ikinci yarısından itibaren düşük bütçeli ve satın alma kapasitesi yetersiz olan hastanelerin ihtiyaçlarının büyük hastanelerce karşılanması kuralını getirdik. Bu düzenlemeyle kurumlarımızın satın alma işlemlerini kolaylaştırarak tedarik ve stok maliyetlerini düşürdük.

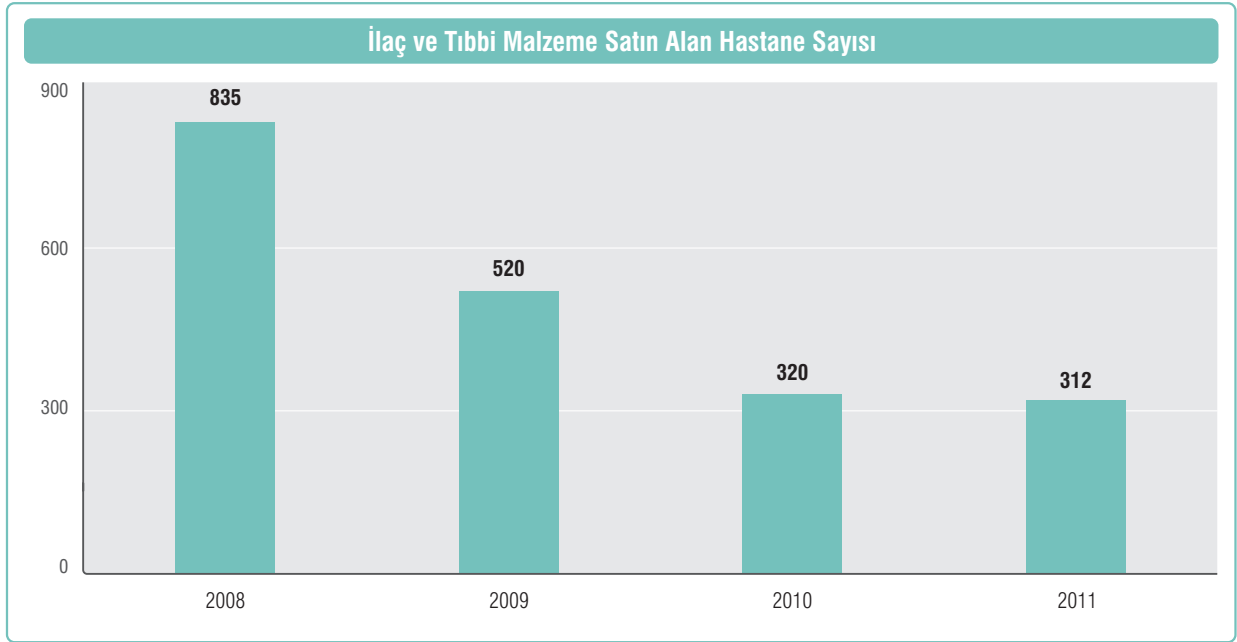


Grafik 109

Kaynak: Strateji Geliştirme Başkanlığı



Bu düzenlemelerle ilaç ve tıbbi malzeme satın alan hastane sayısını 835'ten 312'ye indirdik (Grafik 110). Satın alması diğer kurumlarca yapılan hastanelerin ihtiyaçları için 2011 yılında 87,5 milyon ₺'lik ilaç ve tıbbi malzemenin diğer kurumlarca satın alınmasını sağladık (Grafik 109).



Grafik 110

Kaynak: Strateji Geliştirme Başkanlığı

C. Çerçeve Anlaşma Yöntemi ile Toplu Satın Alımlar

Sağlık hizmeti sunan idarelerin sürekli biçimde ihtiyaç duydukları mal veya hizmet alımlarının, yapılan çerçeve anlaşmalarla karşılanmasını sağlayan yasal düzenlemenin yapılmasını sağladık.

Çerçeve anlaşmalar kamu idarelerinin etkin stok yönetimine katkı sağlayan ve ihtiyaçların daha önceden belirlenen tedarikçilerden hızlı bir şekilde karşılanmasını sağlayan önemli bir tedarik yöntemidir.

Çerçeve anlaşmaların en önemli özelliği idarelere alım yapma yükümlülüğü getirmemesidir. Ayrıca çerçeve anlaşma süresince (bu süre dört yıla kadar çıkabilmektedir) yapılacak alımlar için her defasında ilana çıkılmamakta ve isteklilerden yeterlilik için tekrar tekrar belge istenmemektedir.

İhtiyaçların çerçeve anlaşmalar yolu ile temini yöntemini Bakanlığımızda yaygın bir şekilde uygulamaya başladık.

2009 yılında Bakanlığımızca yayımlanan genelge ile ilaç ve tıbbi malzeme alımlarının il düzeyinde toplu olarak yapılacak çerçeve anlaşmalarla karşılanmasını zorunlu hâle getirerek bu alımların il sağlık müdürlüklerinde veya il içinde satın alma kapasitesi yeterli bir hastanede oluşturulacak merkezi satın alma birimleri vasıtasıyla yapılmasını talimatlandırdık.



Çerçeve anlaşmaların zorunlu hâle getirilmesinden sonra öncelikle 81 ilde oluşturulan merkezi satın alma birimlerinde çalışan personele ve sektör temsilcilerine, Kamu İhale Kurumu uzmanlarının da katkısıyla çerçeve anlaşma mevzuatı ile ilgili bilgilendirme toplantıları yaptık.

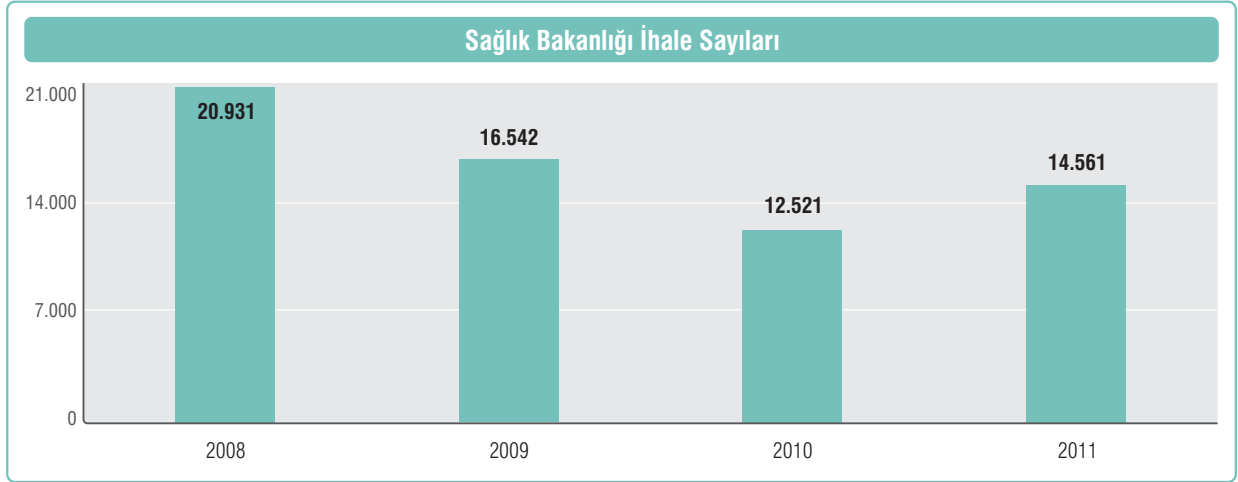
2011 yılında isteklilerin çerçeve anlaşmalara katılımını artırıcı mevzuat düzenlemeleri ile kurumlarımızın uygulamada mevcut mevzuattan kaynaklanan sıkıntılarını giderici gerekli mevzuat değişikliklerinin yapılmasını sağlayıp, kurumlarımızın ihtiyaçlarını çerçeve anlaşmalarla temin etme oranlarının artırılmasını hedefledik. 2010 yılında toplam alımlar içinde çerçeve anlaşmaların oranı 11,3 iken bu oranı 2011 yılında 18,3'e yükselttik.

D. Laboratuvar Hizmet Sunumu İhtiyaçlarının Toplu Satın Almalar ile Karşlanması

Laboratuvar ihtiyaçlarının ekonomik ve etkin bir şekilde karşılanması amacıyla, 2010 yılında yaptığımız düzenleme ile düşük bütçeli ve satın alma kapasitesi küçük olan 629 adet kurumun laboratuvar ihtiyaçlarının il sağlık müdürlüklerince toplu alım yoluyla karşılanmasını zorunlu tuttuk. 2011 yılında da uygulama devam etti, 629 kurumun laboratuvar ihtiyaçları, il sağlık müdürlüklerince toplu alım yoluyla karşılandı.

2009 ve 2010 yılında getirilen bu düzenlemelerle;

- Tedarik ve stok maliyetlerimizi azalttık
- Ortak teknik şartnamelerin oluşturulmasını sağladık
- Kurumlarımızın satın alma kapasitelerini artırdık
- İhalelerde rekabet ortamını artırdık
- İhale sayısını azalttık (Grafik 111). (Sadece ilan parasından 2009-2010 yıllarından yaklaşık 21 milyon ₺ tasarruf sağladık.)



Grafik 111

Kaynak: Strateji Geliştirme Başkanlığı

E. AR-GE İhtiyaçlarının Temininde Kolaylık Getirilmesi

4734 sayılı Kamu İhale Kanununun 3'üncü maddesinin (f) bendi kapsamında Bakanlığımız birimlerinin sağlık alanında yapacağı araştırma ve geliştirme faaliyetlerine ilişkin her türlü hizmet alımının esas ve usullerini belirledik. Sağlık alanında yaptırılacak araştırma ve geliştirme hizmetleri Sağlık Bakanlığı'nca bu esaslara göre piyasadan pazarlık usulü veya doğrudan temin usulü ile, kamu kuruluşlarından ve üniversitelerden ise protokol ile doğrudan alınabilmektedir. Bakanlıkça, ihtiyaç duyulan araştırma ve geliştirme faaliyetlerini yürütecek üniversitelere ve diğer kamu kuruluşlarına bu hizmetleri karşılığında, her bir hizmet için için 1milyon ₺'ye kadar finansman sağlayarak, ülkemizde eksikliği çok açık olarak hissedilen AR-GE faaliyetlerinin geliştirilmesine katkı yapıyoruz.

6. Finansal Yönetim Bilgi Sisteminin Oluşturulması

Hastanelerimizin ve diğer sağlık kurum ve kuruluşlarımızın daha iyi hizmet verebilmesi, kısıtlı olan hastane gelirlerinin ve mevcut kaynakların doğru ve zamanında kullanılmasına bağlıdır. İşletmelerimizin finansal sürdürülebilirliğinin sağlanabilmesi mevzuat yönünden yapılan düzenlemelerin yanı sıra yönetsel doğru ve güvenilir bilgi sistemlerinin kurulmasını ve geliştirilmesini gerektirdi. Mevcut kaynakların ve gelirlerin doğru yönetilmesi için ilk defa 2004 yılında atılan adımlarla Tek Düzen Muhasebe Sistemi kurduk ve buna paralel diğer internet tabanlı finans yönetim araçlarını geliştirdik.

A. Tek Düzen Muhasebe Sistemi

Tek Düzen Muhasebe Sistemi ile hem merkez kullanıcılarını, hem kurum ve kuruluşlarımızın yöneticilerini ve ilgili personeli hem de muhasebe birimlerini, hastanelerin mali durumlarını elektronik ortamda ve anlık olarak takip edebilir hâle getirdik. İşletmelerimizin borç ve alacaklarının elektronik ortamda takibini sağladık. Tek Düzen Muhasebe Sistemi ile muhasebe birimlerinin iş yükünü azalttık. Muhasebe yetkililerinin sorumluluğundaki işlemler için her türlü alt yapıyı kurduk.



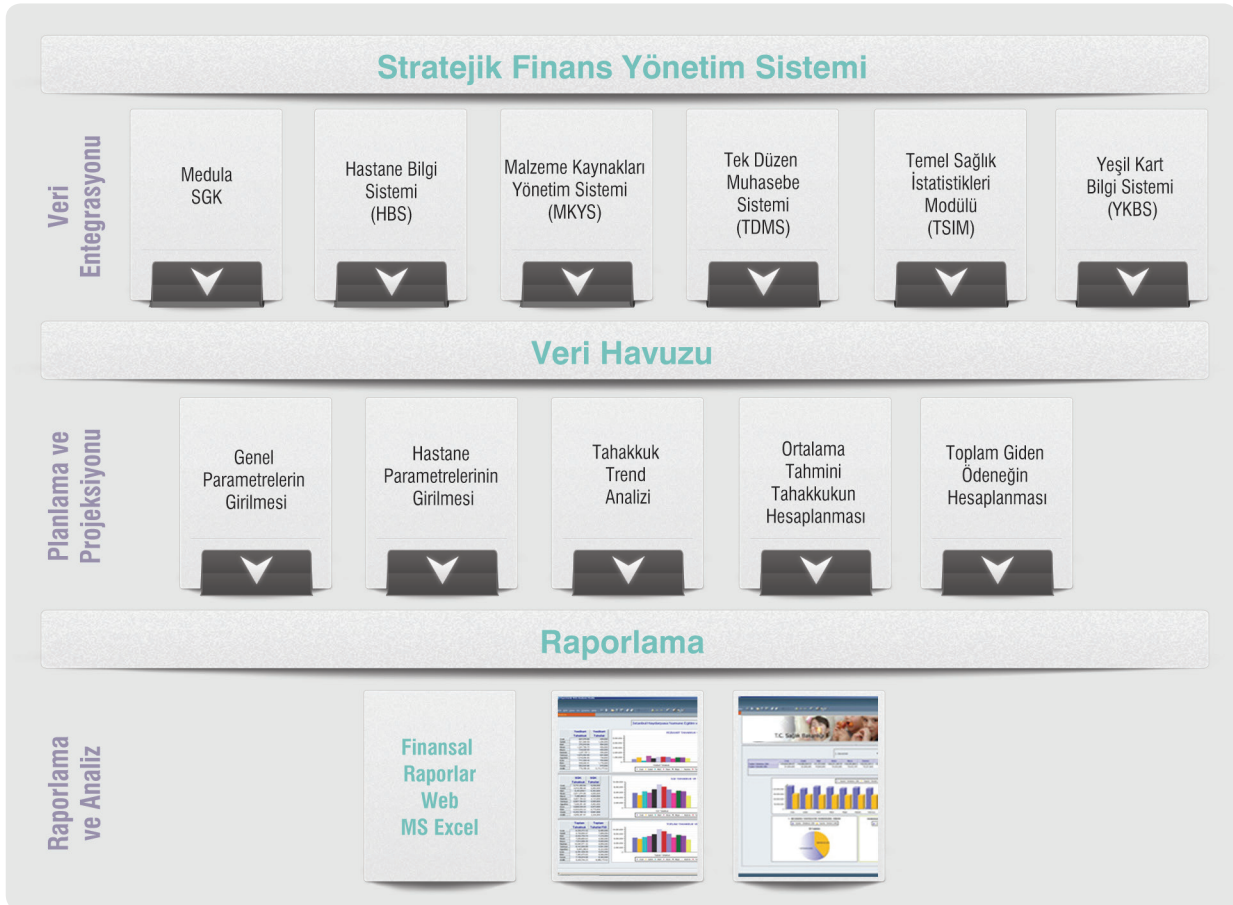
B. Döner Sermayeli İşletmeler Bütçe Programı

Bütçe programı ile işletmelerimizin her mali yıl için gelir ve gider tahminlerinde bulunarak bütçelerini oluşturabilmelerini sağladık. Yıl içerisinde bütçe gerçekleştirmelerini takip ederek işletmelerimizin bütçe gelir ve giderlerini kontrol altına aldık. Özellikle bütçe uygulamasında, yatırım bütçelerinin kurumların mali yapılarına göre belirlenmesiyle, yüksek harcama yapılmasının önüne geçtik. Bütçe işlemlerinin internet üzerinden yapılması ile hastanelerimizin mal ve hizmet alımlarını hızlandırdık.

C. Stratejik Finans Yönetim Sistemi

Bakanlığımızın tüm mali iş ve işlemlerini yapacak, işletmelerin durumlarını inceleyecek ve analiz edebilecek, finansal risklerini belirleyebilecek, elde edilen tespitleri raporlayarak iyileştirmelere yönelik önerilerde bulunabilecek bir sistemi geliştirmeye başladık.

Planlama ve projeksiyon işlerinin efektif olarak yürütülebilmesi için hızlı, doğru, tek kaynak üzerinde gerçekleştirilebilen, mevcut sistemlerin entegrasyonunu sağlayan, çok boyutlu, esnek, modüler bir altyapı oluşturduk.

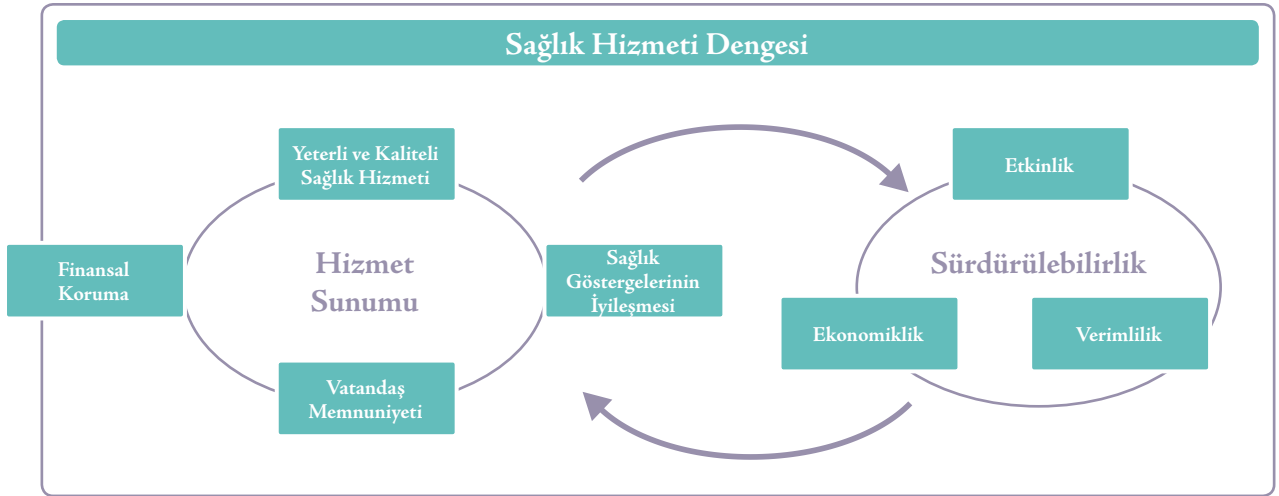




7. Risk Yönetimi ve Mali Analiz

A. İşletmelerin Finansal Risk Yönetimi

Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde uygulamaya konulan düzenlemelerin temel amacı; yeterli ve kaliteli sağlık hizmetini, vatandaş memnuniyetini esas alarak, finansal koruma içerisinde ve sağlık göstergelerinde iyileşme sağlayacak şekilde sürdürebilmektir. Döner sermayeli işletmeler olarak faaliyet gösteren kurumlarımızda bunun sağlanabilmesi hiç şüphesiz kaynakların etkin ve verimli kullanılması ile mümkün olabilecektir.



Bu amaç doğrultusunda döner sermayeli işletmelerimizi mali veriler üzerinden değerlendirerek finansal risk analizlerini yapmakta ve işletmelerin risklilik durumunu 5 ayrı derecelendirme ile günlük takip etmekteyiz (Tablo 18).

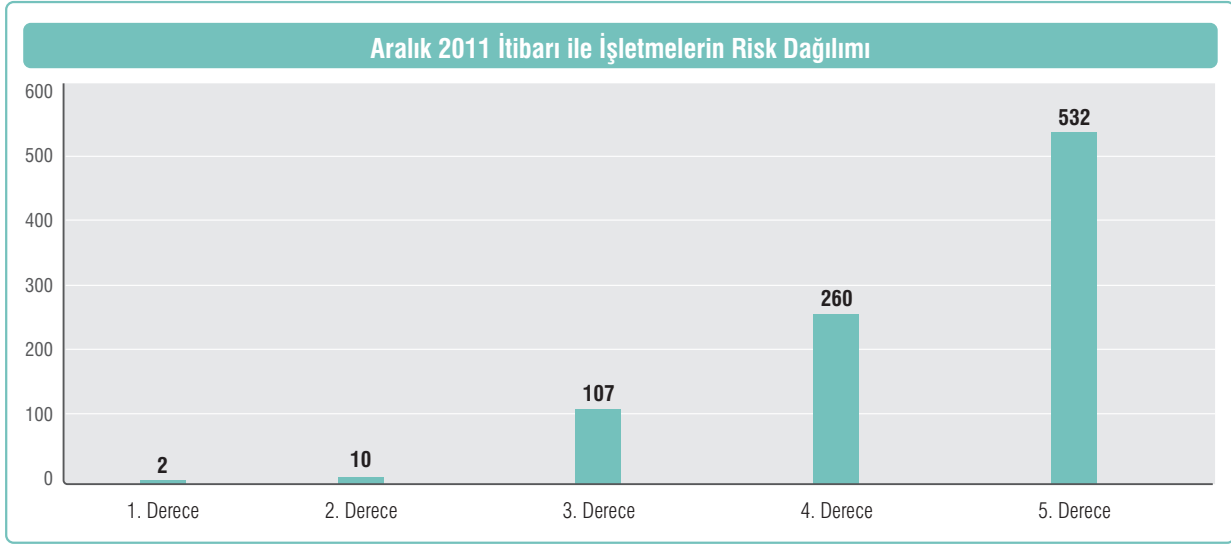
Tablo 18. Aralık 2011 İtibariyle Döner Sermayeli İşletmelerin Risk Değerleri

Ölçüt	Kurum	Derece
Toplam net borcunun/ortalama tahakkuka oranı 2 ve üzeri olan kurumlar	2	1. Derece
Toplam net borcunun/ortalama tahakkuka oranı 1,5 ile 2 arası olan kurumlar	10	2. Derece
Toplam net borcunun/ortalama tahakkuka oranı 1 ile 1,5 arası olan kurumlar	107	3. Derece
Toplam net borcunun/ortalama tahakkuka oranı 0,5 ile 1 arası olan kurumlar	260	4. Derece
Toplam net borcunun/ortalama tahakkuka oranı 0,5 altı olan kurumlar	532	5. Derece
Toplam Kurum Sayısı	911	

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü



Risk analizi kapsamında her bir işletmeyi, hizmet üretim gelirleri ile borç yükümlülüklerini esas alarak bütçe denkliliği ve kaynak yönetimi açısından değerlendirmekteyiz. Bu doğrultuda toplam borç yükü, aylık hizmet üretim gelirinin 2 katı ve üzerinde olan işletmeleri birinci derecede riskli olarak derecelendirdik (Grafik 112).



Grafik 112

Kaynak: Strateji Geliştirme Başkanlığı

B. Mali Analiz Raporları ve Finansal Eylem Planları

Mali tablolar üzerinden günlük risk analizi ile takip edilen işletmeler, yüksek risk derecesi oluşmadan önce tespit edilerek kurum idarecileri ile birlikte mali analiz toplantıları gerçekleştirilmektedir.

Bu toplantılar ile kurumların hizmet üretim performansı ve gelir-gider gerçekleştirmelerini inceleyip aynı role sahip kurumlarla mukayeseli olarak analize tabi tutmaktayız. Yapılan toplantılar sonucunda finansal risklerin ortadan kaldırılıp mali açıdan sürdürülebilirliğin sağlanması için kaynakların daha etkin ve verimli kullanılmasını sağlamak amacıyla her kuruma özel "Mali Analiz Raporları" ile "Finansal Eylem Planları (FEP)" hazırladık.

Ayrıca analiz raporları ile eylem planlarında yer alan hususların takibini dönemsel gerçekleştirmelerle izleyip gerektiğinde kurum idaresiyle tekrar istişare toplantıları düzenledik.

C. Finansal Yönetim Toplantıları

Mali durum değerlendirmeleri kapsamında her yıl düzenli olarak hastane yöneticilerine yönelik "Finansal Yönetim Bilgilendirme Toplantıları" düzenledik.

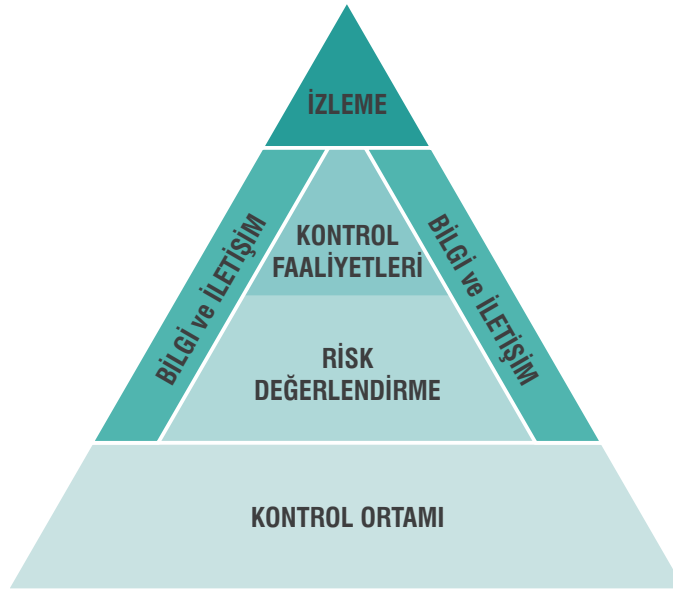
Bu kapsamda özellikle harcama yetkilileri olarak başhekimler ve işletme yönetiminde önemli rol üstlenen hastane müdürlerine yönelik mali mevzuattaki değişiklikler ile yürürlüğe konulan yeni düzenlemeler hakkında eğitim ve bilgilendirme toplantıları gerçekleştirdik.



Bu toplantılarda özellikle işletmelerin finansal sürdürülebilirliği için temel ilke olan Gelir = Gider dengesinin sağlanabilmesine yönelik mali tablolar ve uygulama sonuçları ile farkındalık oluşturmaya çalıştık.

Ayrıca finansal yönetimin etkinleştirilmesi ve uygulamaya konulan düzenlemelerin takibi için il sağlık müdürlerine yönelik eğitim ve bilgilendirme toplantılarını da üçer aylık periyotlarla düzenli olarak devam ettirdik.

COSO PİRAMİDİ



D. İç Kontrol Sisteminin Oluşturulması

D.1. 5018 Sayılı Kamu Mali Yönetim Kontrol Kanuna Göre Düzenleme

5018 sayılı Kamu Mali Yönetim Kontrol Kanunu kapsamında kamu mali yönetim sistemimizi uluslararası standartlar ve Avrupa Birliği uygulamalarına uygun bir şekilde, Bütünleşik Kontrol Çerçevesi (COSO) modelini örnek alarak etkin bir iç kontrol sistemi ile donattık. Hizmetlerin etkinliğini sağlamak, verimliliği artırmak ve idari ve mali raporların güvenliği ve yürürlükteki kanun ve düzenlemelere uygunluğunu ortaya koymak amacıyla bu model doğrultusunda 2009 yılında ilk adım olarak Strateji Geliştirme Başkanlığı'nda İç Kontrol Sistemi Kurulması çalışmaları yaptık.

İkinci adımda ise Maliye Bakanlığı'nca hazırlanan Kamu İç Kontrol Standartları tebliği çerçevesinde Bakanlığımız İç Kontrol Standartları Uyum Eylem Planını 30.06.2009 tarihinde yürürlüğe koyduk.



D.2. İl Değerlendirmeleri: Karış Karış 81 İl

Uygulamaların sahada görülüp değerlendirilmesini eksen alan bir anlayışla yapılan çalışmalar, çalışanların hizmetlerini yerinde görme imkânı sağladı.

2006'dan bugüne yaygınlaştırılarak ve derinleştirilerek yapılan saha ziyaretleriyle bizzat Sayın Bakanımız ve saha koordinatörlerinin kat ettikleri mesafe toplam 2,4 milyon kilometreyi buldu. Bu mesafe, dünyanın çevresinde yaklaşık 60 defa tur atmakla eş değerdir.

81 ilimizi hiçbir istisnaya tabi tutmaksızın ziyaret ettik. Birçok ilde birden fazla değerlendirme yaptık. Yerel yöneticilerimizle birlikte ilin sorunlarını masaya yatırdık. Birlikte çözmek üzere görev paylaşımı yaptık. Gidilen illere başka illerdeki sağlık idarecilerimizi de görevlendirerek hem gittiğimiz ildeki kurumları incelemelerine hem de kendi kurumlarıyla mukayese etmelerine imkân verdik. Böylece il değerlendirme çalışmaları aynı zamanda hizmet içi eğitim fırsatı olarak değerlendirildi. Bu emeklerimizin karşılığında vatandaşlarımızın memnuniyetinin izlenmesi bizim için iftihar kaynağıdır.

İl Değerlendirmelerinin Başlıca Faydaları:

- **Fikr-i Takip**

Saha değerlendirme çalışmalarında elde edilen tüm bilgiler ve istatistikleri raporlayarak bir sonraki il ziyaretinde alınan mesafeyi izledik.

Önceki ziyarette talimatlandırılan hususları, bir sonraki saha çalışmasında izleme raporlarını tanzim ederek sorguladık.

Böylece sahaya verilen talimatların lafta kalmayacağı, takip edileceği fikrini yerleştirdik ve gelişmelerin hızlanmasını sağladık.

- **Hizmet İçi Eğitim**

Gidilen illere başka illerdeki sağlık idarecilerimizi de görevlendirerek, hem gittiğimiz ildeki kurumları incelemelerine hem de kendi kurumları ile mukayese etmelerine imkân tanıdık.

Böylece SDP il sağlık hizmetleri değerlendirme çalışmalarını aynı zamanda hizmet içi eğitim hâline getirdik.

- **Çözüm Aramayı Teşvik**

Gerek ziyaretlerde gerekse değerlendirme toplantılarında, çalışanların önerilerine kulak verdik. Paylaşımları ve fikir beyanını teşvik ettik. Çalışanlarımızı sorunun değil çözümün parçası olmaları için yüreklendirdik.



- **Deneyim Paylaşımı**

Bu çalışmalar vesilesiyle sağlık idarecilerimize birbirlerine tecrübelerini aktarma imkânı oluşturduk. Saha değerlendirme çalışmalarında muhtelif zamanlarda olmak üzere Bakanlık merkez teşkilatından 1.640 kişi ve taşradaki kurum yöneticilerinden de 2.580 kişiyi görevlendirdik.

- **İletişim ve İstişare**

Ülkemizin dört bir yanındaki kurum yöneticilerinin birbirleriyle tanışmasını sağlayarak yaşadıkları sorunları çözmek için sürekli bir istişare ortamı sağladık. Her ilde en az iki kez yaptığımız “İl Değerlendirme Toplantıları” ile paylaşımcı ve ortak çözüm bulmaya yönelik bir anlayış tesis ettik.

- **Ufuk Genişletme ve Kurum Taramaları**

Yöneticilerimizin kendi kurumları dışında da olayları değerlendirebilmeleri için yapılan gezilerde 19.350 hastane ziyareti, 2.850 Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi ziyareti, 30.500 kez birinci basamak sağlık kurum ve kuruluşu ziyareti gerçekleştirdik.

- **Standardizasyon**

Benzer ölçek ve özellikteki kurumlarımıza tek başına olmadıklarını ve kendileri gibi kurumlarla ortak bir standart yakalamalarının önemini hissettirdik. “Ortak dil” ve “ortak vizyon” oluşturduk.

Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde 2006 yılından itibaren toplam 260 il sağlık hizmetleri değerlendirmesi yaptık. Bunlardan 171’ine Sayın Bakanımız Recep Akdağ bizzat katıldı. Ayrıca, saha koordinatörlerimiz 19.350 defa hastane, 2.850 defa ADSM, 30.500 defa sağlık ocağı, verem savaşı dispanseri, AÇSAP, aile hekimliği birimi, toplum sağlığı merkezi gibi birinci basamak kurum ve kuruluş ziyaretleri gerçekleştirdi ve yerinde değerlendirmeler yaptılar.

TÜRKİYE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI



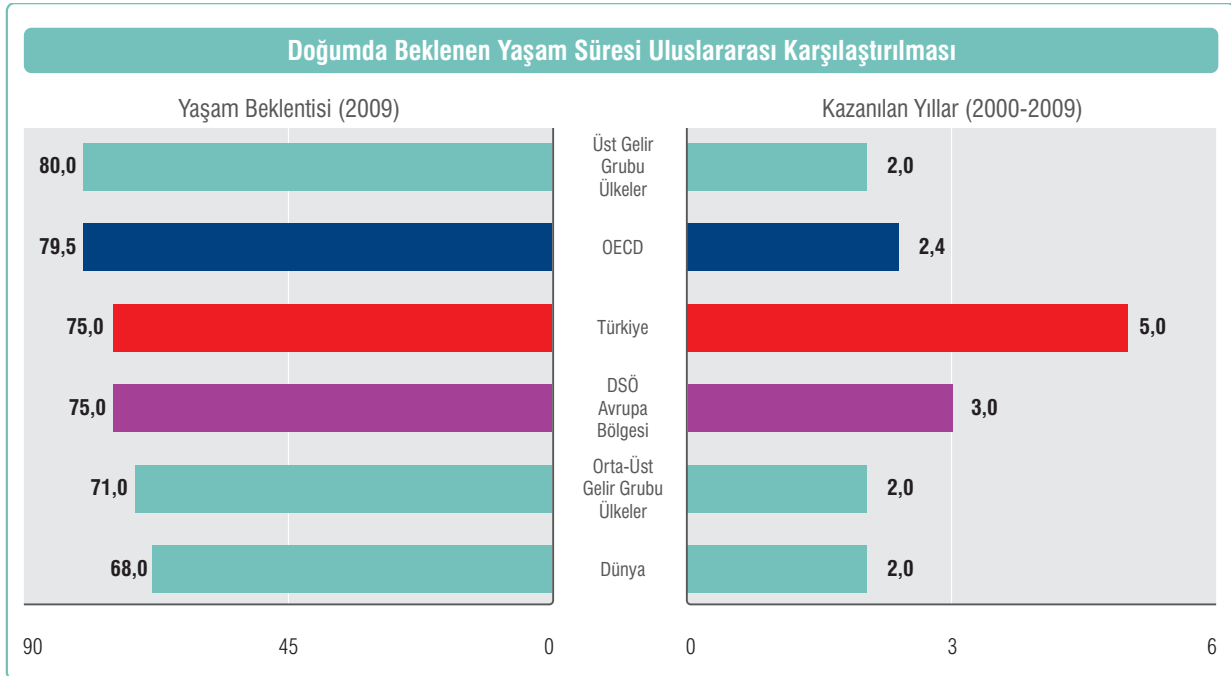
D. DEĞERLENDİRME



1. Sağlık Göstergelerindeki İyileşmeler

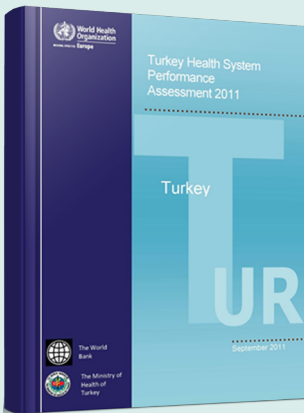
Türkiye, DSÖ tarafından yapılan sınıflamada orta-üst gelir grubu ülkeler arasında olmasına rağmen ulaştığı sağlık göstergeleri üst gelir grubu ülkelerle karşılaştırılacak duruma ulaştı.

A. Doğumda Beklenen Yaşam Süresi



Grafik 113

Kaynak: OECD Health Data Temmuz 2012, World Health Statistics 2011



Sağlık Sistemi Performans Değerlendirmesi, Türkiye (sayfa, 13)

Yayın Yılı: 2011

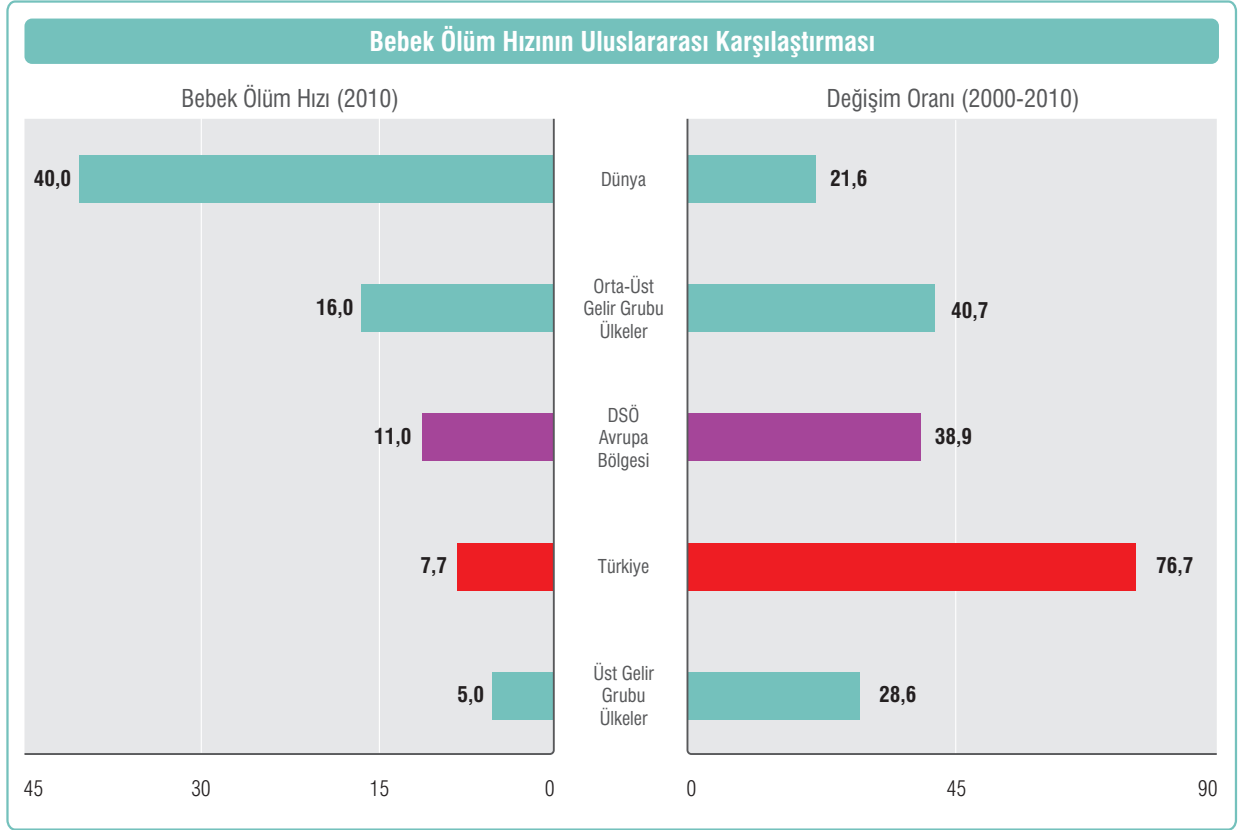
Yayımlayan Kuruluş: DSÖ, Dünya Bankası

“Türkiye’de doğumda beklenen yaşam süresinde son yıllarda (2003-2010) önemli, sürekli ve lineer bir iyileşme gözlemlenmekte olup Türkiye ile Avrupa Bölgesi arasındaki fark hızla kapanmaktadır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulama süresinde Türkiye’de doğumda beklenen yaşam süresindeki iyileşme Avrupa Bölgesi’ndekinden daha büyük olmuştur.”

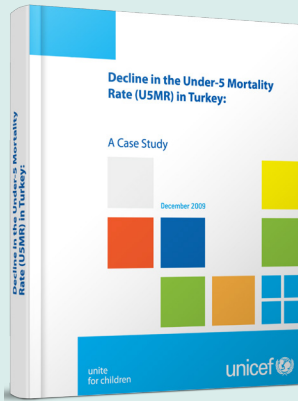


B. Bebek Ölüm Hızı



Grafik 114

Kaynak: İstanbul Üniversitesi, Marmara Üniversitesi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi "Bebek ve Beş Yaş Altı Ölüm Araştırması 2012", World Health Statistics 2012, Diğer Yıllar Türkiye Halk Sağlığı Kurumu



Türkiye'de 5 Yaş Altı Ölüm Oranında Düşüş: Bir Vaka Çalışması (sayfa, 4)

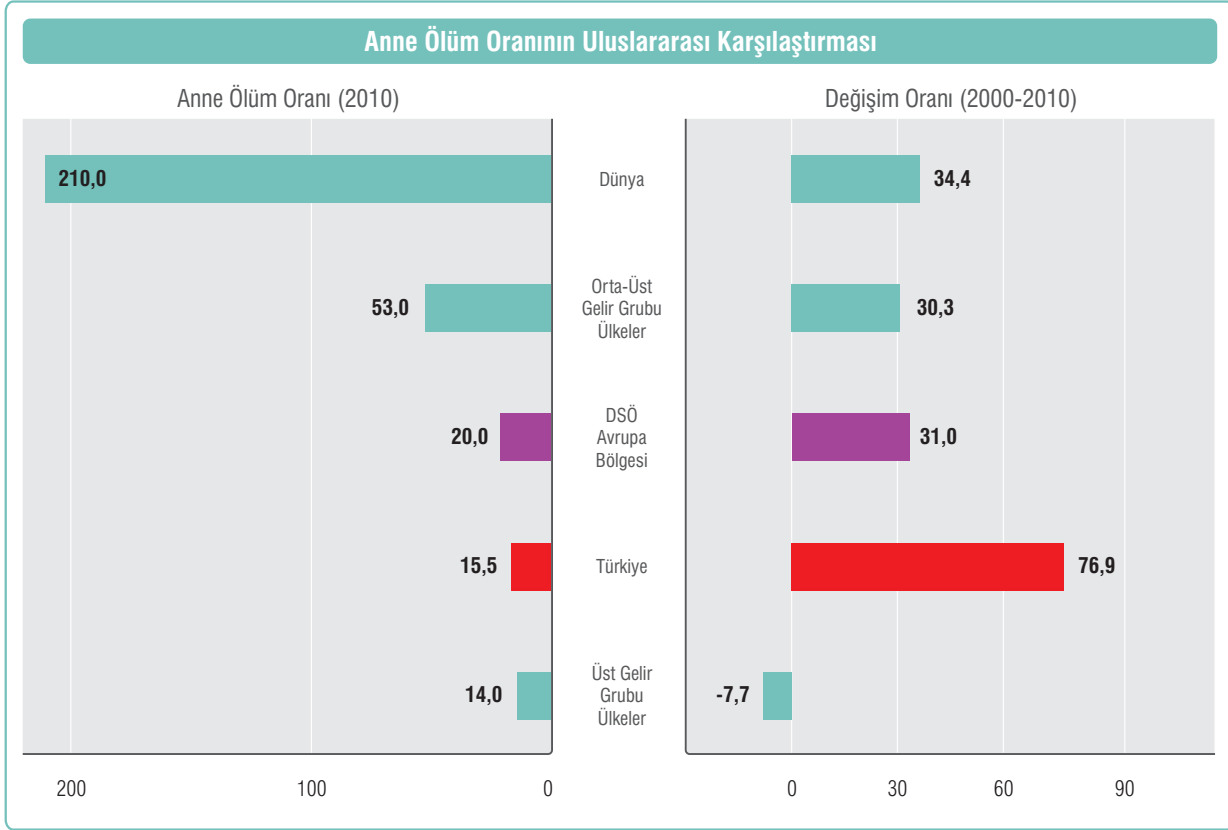
Yayın Yılı: 2009

Yayımlayan Kuruluş: UNICEF

"Doğum öncesi bakımda artış, sağlık kuruluşlarında ve sağlık personeli nezaretinde doğum yapan kadın sayısında artış, yenidoğan yoğun bakım hizmetlerinin nicelik ve nitelik olarak gelişmesi, yenidoğanların ve çocukların sağ kalımına doğrudan katkı sağlamıştır."

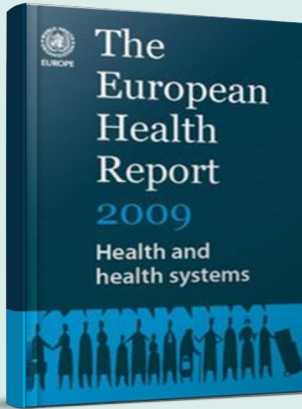


C. Anne Ölüm Oranı



Grafik 115

Kaynak: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, World Health Statistics 2012



Avrupa Sağlık Raporu 2009, (sayfa, 18)

Yayımlayan Kuruluş: Dünya Sağlık Örgütü

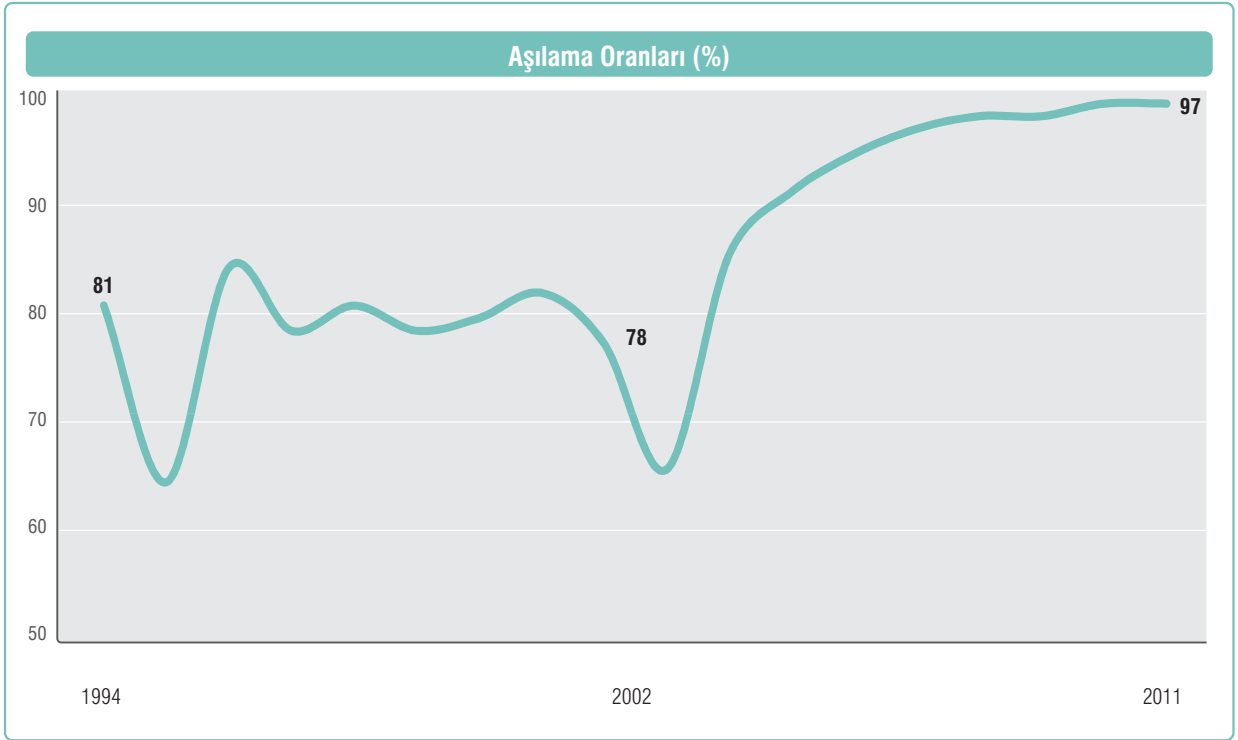
“...Bu ilerleme, anne ölümlerini politik bir öncelik olarak belirlemek, buna göre finansman ayırmak, hizmet ve politikaları kültürel hassasiyetlere göre düzenlemekle sağlandı.

Bu hizmetler, hamileler için hastane yakınında doğum öncesi bakımevlerinin kurulmasını ve acil obstetrik vakalarda uzman kadrolar tarafından sağlanan uygun ve kaliteli bakıma ulaşmak için ücretsiz kara ve hava ulaşımının sağlanmasını içerir.”



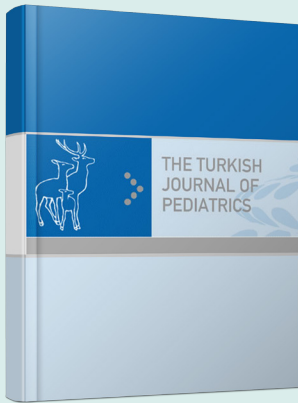
D. Rutin Aşılama Hızı

Bebek aşılamalarında hem aşı çeşitliliği hem de aşılamada yakaladığımız oran bakımından dünyada örnek ülkelerden olduk.



Grafik 116

Kaynak: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu



Türkiye Çocukluk Çağı Ulusal Bağışıklama Programındaki Son Gelişmeler

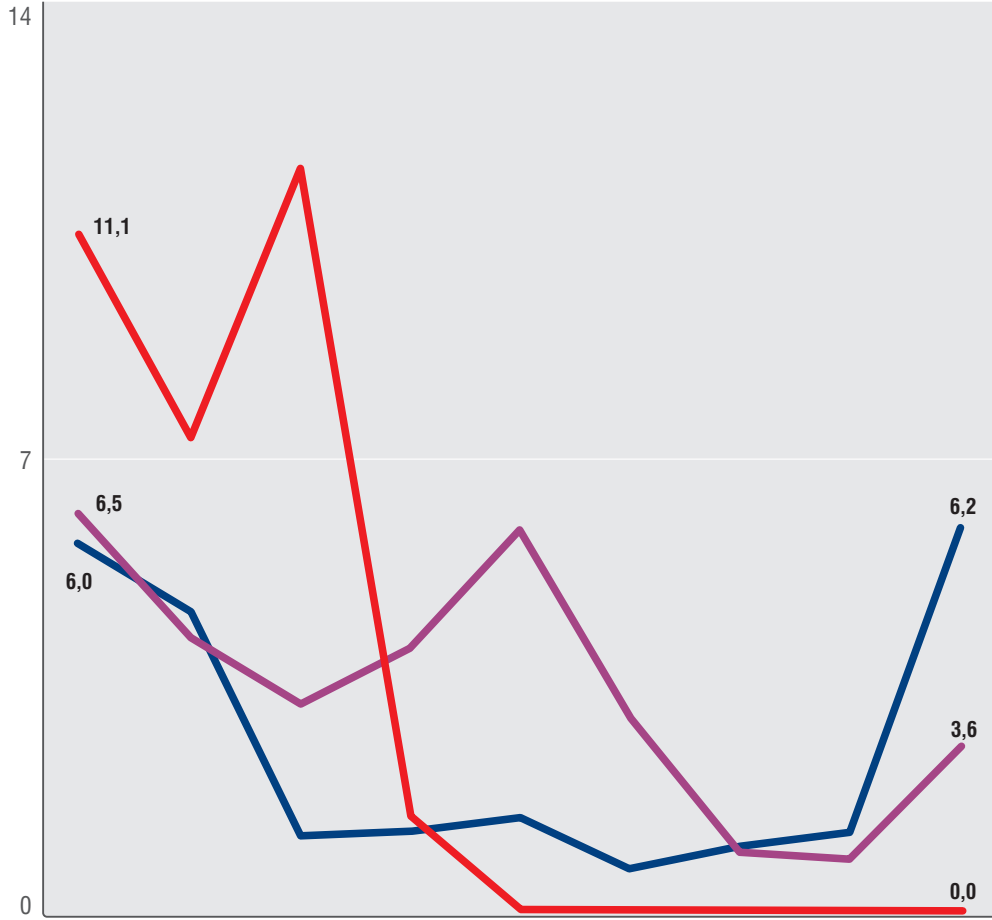
The Turkish Journal of Pediatrics, 2010

“Halihazırda Türkiye'nin bağışıklama programı diğer Avrupa ülkelerine eşit ya da daha iyi bir konumdadır. Bununla beraber, aşılamayı devletin sağlık politikalarının önceliği ve değişmez bir parçası hâline getirmek sürdürülebilirlik için bir gerekliliktir. Politik kararlılık, çok sektörlü iş birliği ve farkındalık hayati konulardır.”



E. Kızamık

Yıllara Göre Kızamık İnsidansının Uluslararası Karşılaştırması (yüzbinde)



- Avrupa Birliği
- DSÖ Avrupa Bölgesi
- Türkiye

2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
6,0	5,0	1,2	1,3	1,6	0,7	1,1	1,3	6,2
6,5	4,5	3,4	4,3	6,3	3,2	1,0	0,9	3,6
11,1	7,8	12,3	1,6	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0

Grafik 117

Kaynak: DSÖ HFA Veri Tabanı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

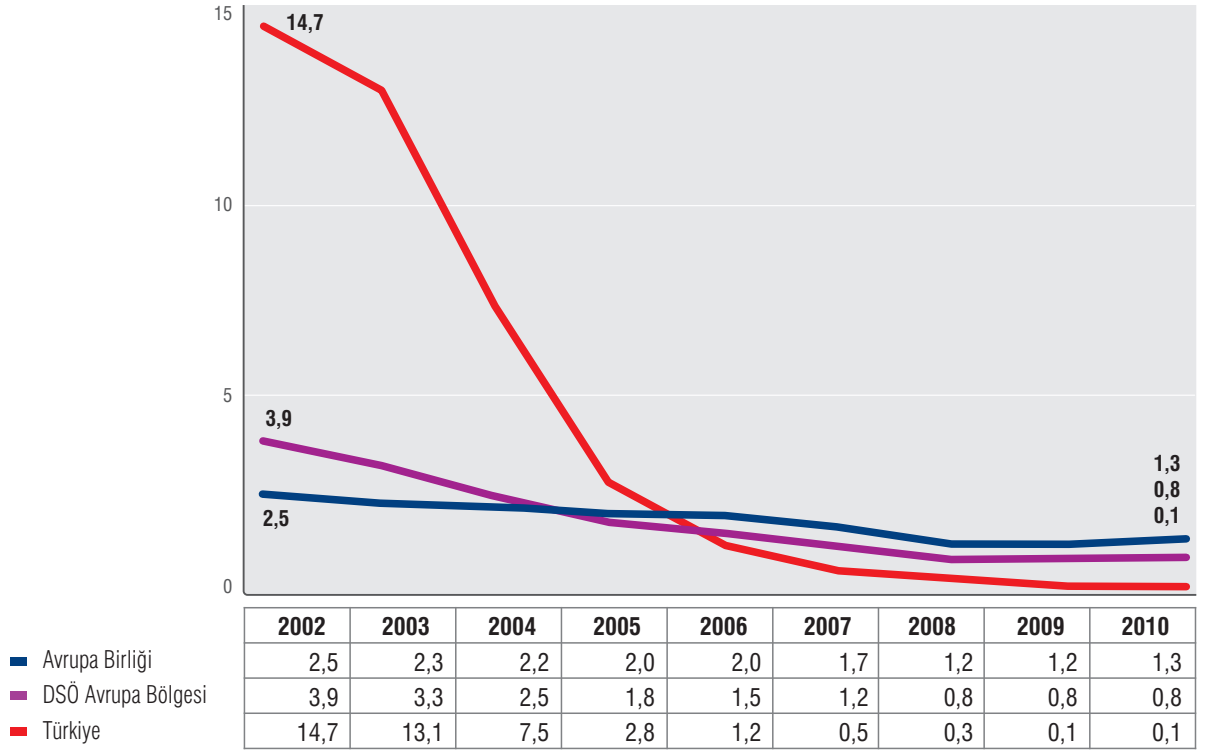
2008 yılından beri ülkemizde yerli kızamık vakası görülüyor.

Kızamığın Avrupa 'da elimine edilmesinin ilanı için diğer ülkeleri bekliyoruz.



F. Sıtma

Yıllara Göre Sıtma İnsidansının Uluslararası Karşılaştırması (yüzbinde)



Grafik 118

Kaynak: DSÖ HFA Veri Tabanı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu



Türkiye’de Sıtma: Başarılı Kontrol ve Eliminasyonu Başarmak İçin Stratejiler

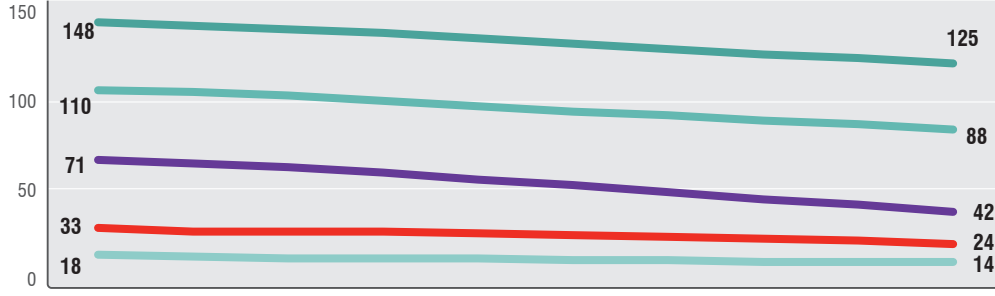
Acta Tropica, 120 (2011) 15 - 23.

“Başarılı sonuçları itibarıyla 2010 yılında eliminasyon safhasına girilmesini sağlayan “Türkiye Sıtma Savaş Programı”, benzeri ülkeler için sıtma ile mücadele konusunda örnek teşkil edebilecek niteliktedir. Kapsamı bakımından bu çalışmanın; sıtma ile mücadele konusunda çalışanlara, araştırmacılara ve karar vericilere yol gösterici olacağı düşünülmektedir.”



G. Tüberküloz

Yıllara Göre Tüberküloz İnsidansının Uluslararası Karşılaştırması (yüzbinde)



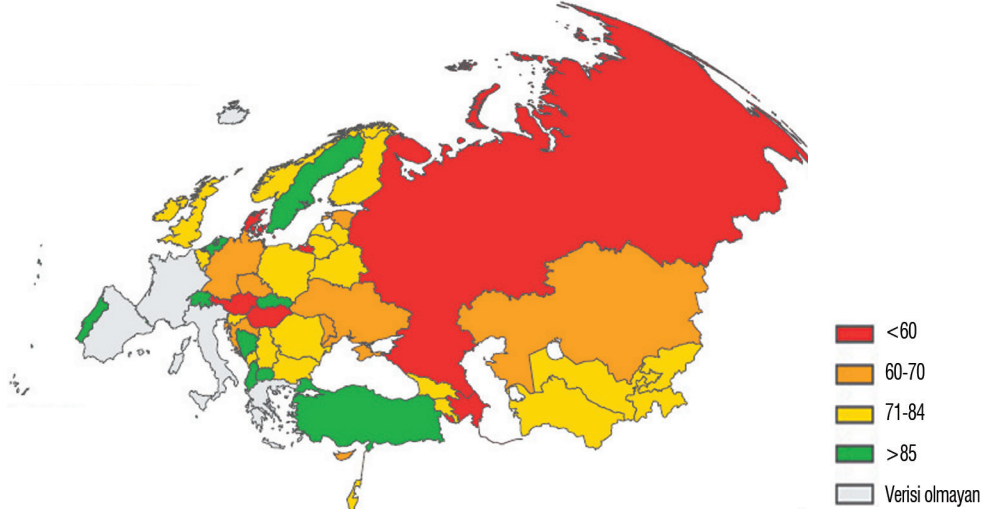
- Dünya
- Orta-Üst Gelir Grubu
- DSÖ Avrupa Bölgesi
- Türkiye
- Üst Gelir Grubu

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Dünya	148	146	144	142	139	136	133	130	128	125
Orta-Üst Gelir Grubu	110	109	107	104	104	98	96	93	91	88
DSÖ Avrupa Bölgesi	71	69	67	64	64	57	53	49	46	42
Türkiye	33	31	31	31	31	29	28	27	26	24
Üst Gelir Grubu	18	17	16	16	16	15	15	14	14	14

Grafik 119

Kaynak: DSÖ Global Health Observatory Veri Tabanı

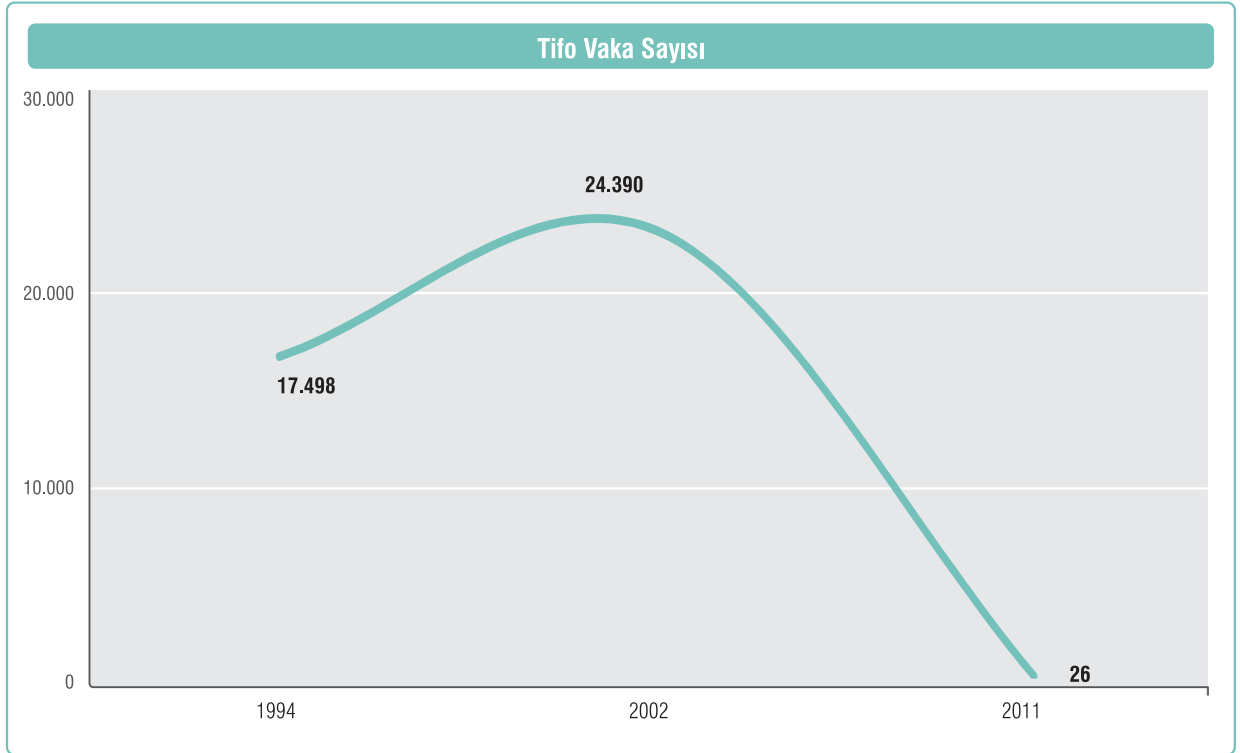
Yeni Akciğer Tüberküloz Olgularında Tedavi Başarı Oranı (%)



Avrupa Tüberküloz Sürveyans 2009 raporuna göre DSÖ Avrupa Bölgesi'nde bulunan 53 ülke arasında sadece 9 ülke %85 tedavi başarı hedefini yakalayabildi. Türkiye %91,6 tedavi başarı oranıyla üçüncü oldu.



H. Tifo



Grafik 120

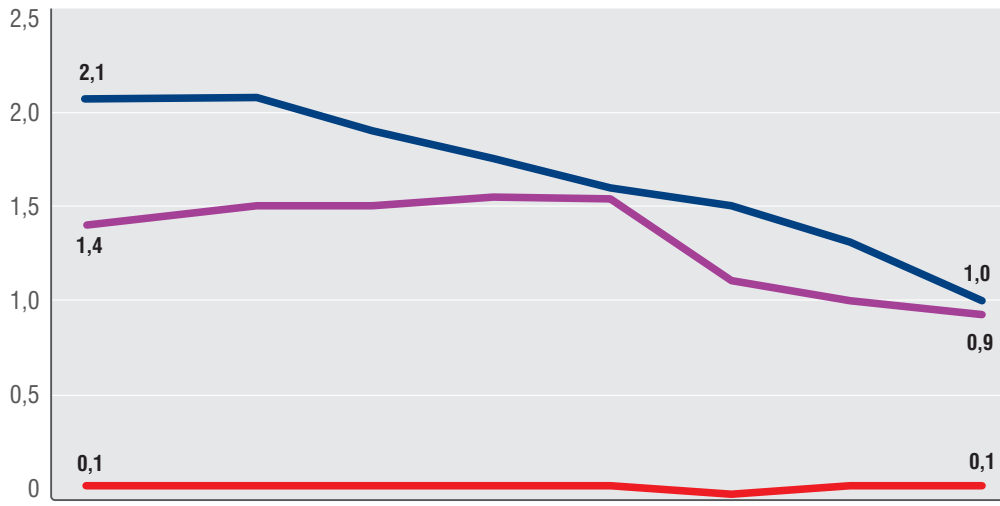
Kaynak: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

Bu başarıya ulaşmak için Çevre ve Şehircilik Bakanlığı, Orman ve Su İşleri Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, belediyeler ve il özel idareleri ile yakın iş birliği geliştirerek içme sularının mikrobiyolojik güvenliğinde önemli gelişmeler sağladık. Diğer taraftan KÖYDES projesi ile içme suyu ve yolu olmayan köylerin altyapı yatırımlarının tamamlanması bu başarıyı artıran başka bir faktör oldu. Atık suların temasının önlenmesi de bu konuda önemlidir.



I. AIDS

Yıllara Göre AIDS İnsidansının Uluslararası Karşılaştırması (yüzbinde)



- Avrupa Birliği
- DSÖ Avrupa Bölgesi
- Türkiye

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Avrupa Birliği	2,1	2,1	1,9	1,8	1,6	1,5	1,3	1,0
DSÖ Avrupa Bölgesi	1,4	1,5	1,5	1,6	1,6	1,2	1,0	0,9
Türkiye	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1

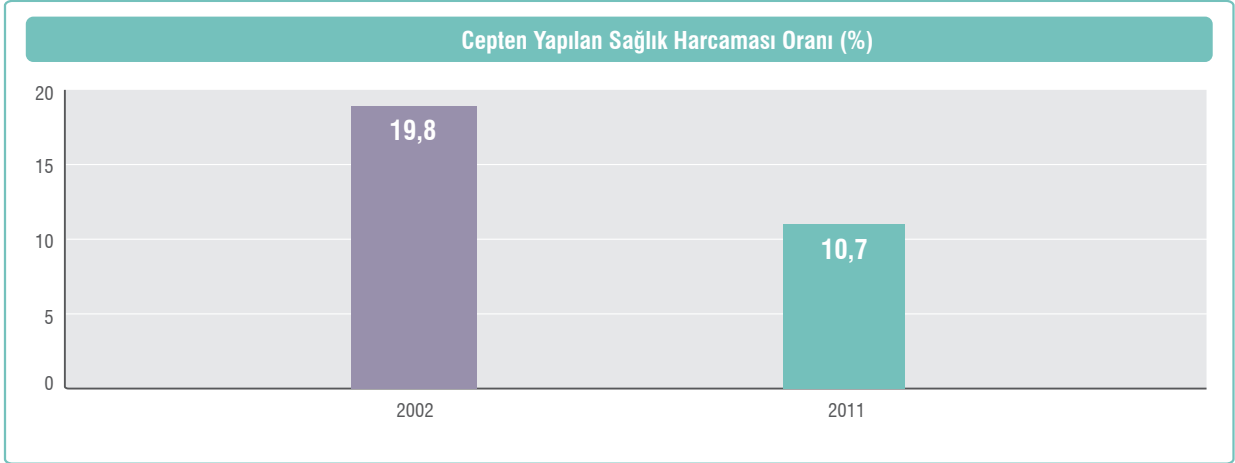
Grafik 121

Kaynak: DSÖ HFA Veri Tabanı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

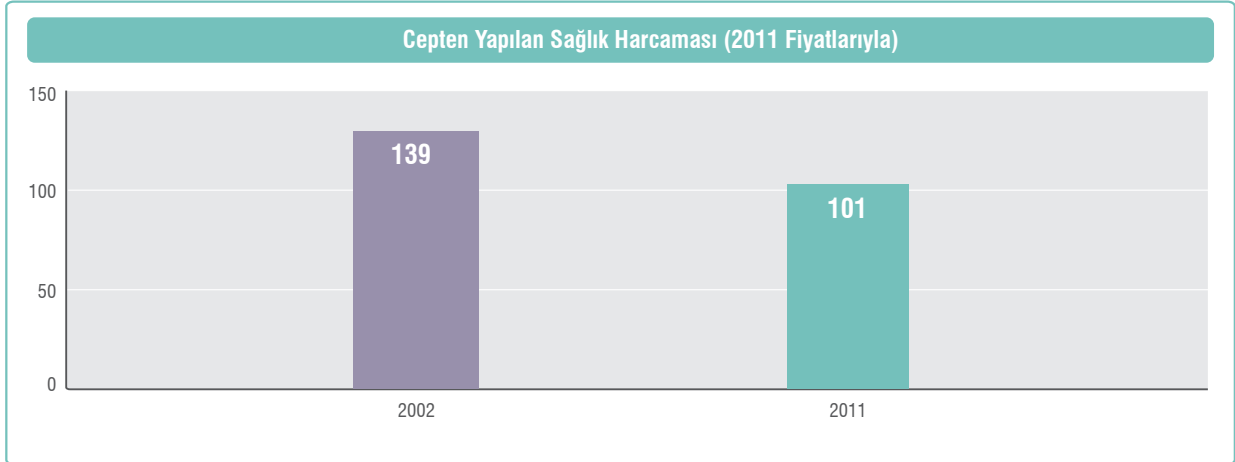
“Türkiye’de, HIV/AIDS düşük endemisitedir. Ülkemizde prevalansının düşük olmasına rağmen bilimsel ve güncel gelişmeler doğrultusunda HIV/AIDS’i önlemeye yönelik çalışmalar yürütüyoruz ve vakaları yakından takip ediyoruz.”



2. Vatandaşı Finansal Riskten Koruma



Grafik 122
Kaynak TÜİK



Grafik 123
Kaynak TÜİK

Acil ve yoğun bakım tedavilerini kamu hastaneleri ve özel tüm hastanelerde ücretsiz vermeye başladık. Bunun yanı sıra özel hastanelerde yanık, kanser, yenidoğan, organ nakilleri, doğumsal anomaliler, diyaliz ve kalp damar cerrahisi işlemlerinden ilave ücret alınmamasını sağladık. Böylece vatandaşımızın sağlık hizmetine ulaşımını koruma altına aldık.

Dar gelirli kesimlere yönelik olarak Yeşil Kartlı vatandaşlarımızın haklarını genişlettik. Tedavi ve ilaç giderlerini devlet olarak karşıladık. Vatandaşımızı muayenehanelere mahkum olmaktan kurtardık, yıkıcı sağlık harcaması yüzünden fakir düşmesinin önüne geçtik.



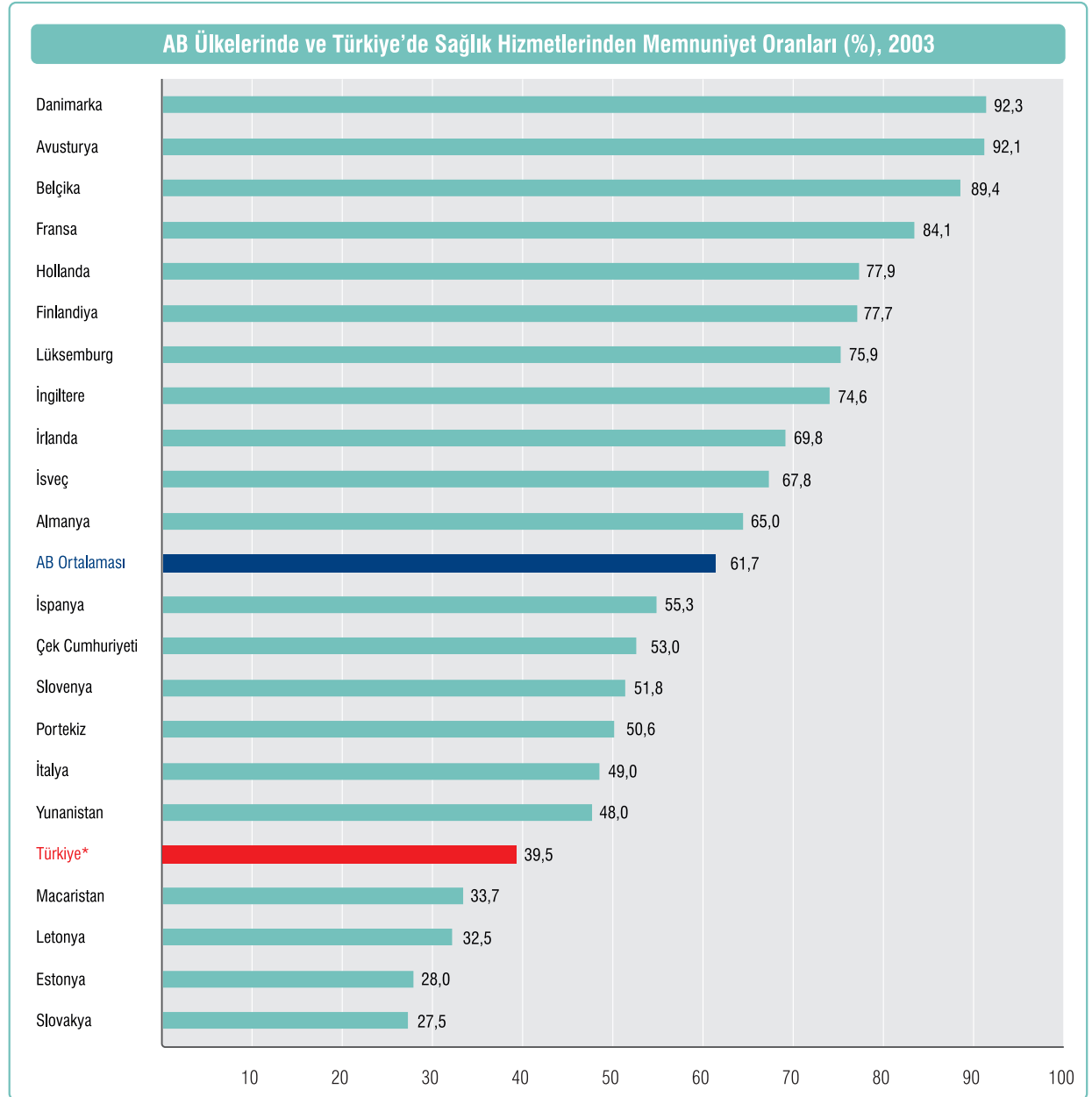
OECD Sağlık Sistemleri İnceleme Raporu 2008
TÜRKİYE (sayfa, 65):

“Ulusal Sağlık Hesapları ve Hane Halkı Bütçe Araştırması’ndan elde edilen genel bilgiye dayanarak, hem mutlak şartlar açısından hem de diğer ülkelere göre Türk sağlık sisteminin eşitlik ve mali koruma bakımlarından oldukça iyi işlediği görülmektedir.”



3. Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet

TÜİK Yaşam Memnuniyet Araştırması'na göre 2003 yılında %39,5 olan sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı 36,4 puan artarak 2011 yılında %75,9 oldu.



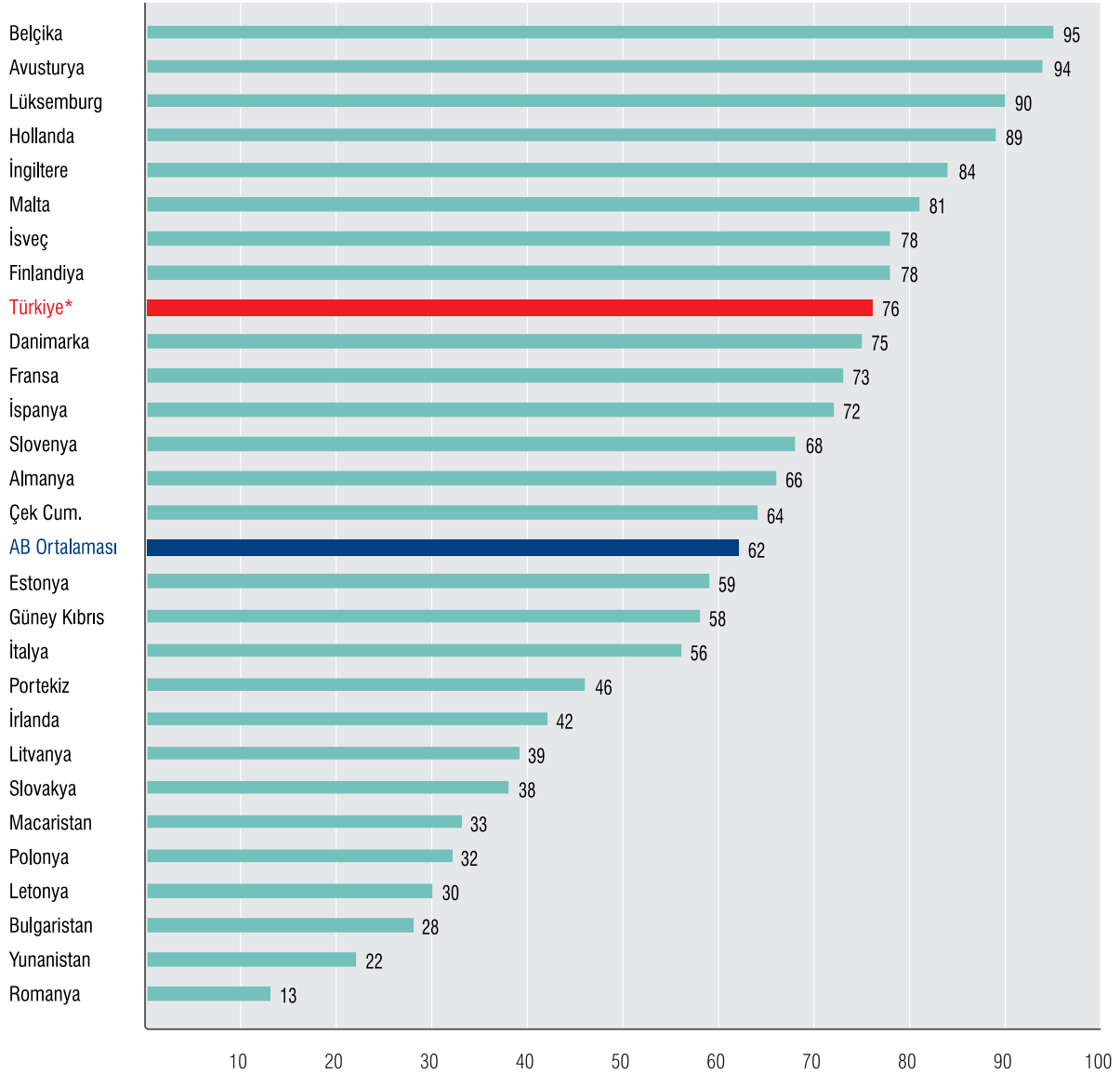
Grafik 124

Kaynak: Global Health Observatory Database, Bulletin of the World Health Organization 2009, 87: 271-278.

*Türkiye "TÜİK Yaşam Memnuniyeti Araştırması 2003"



AB Ülkelerinde ve Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Oranları (%), 2011



Grafik 125

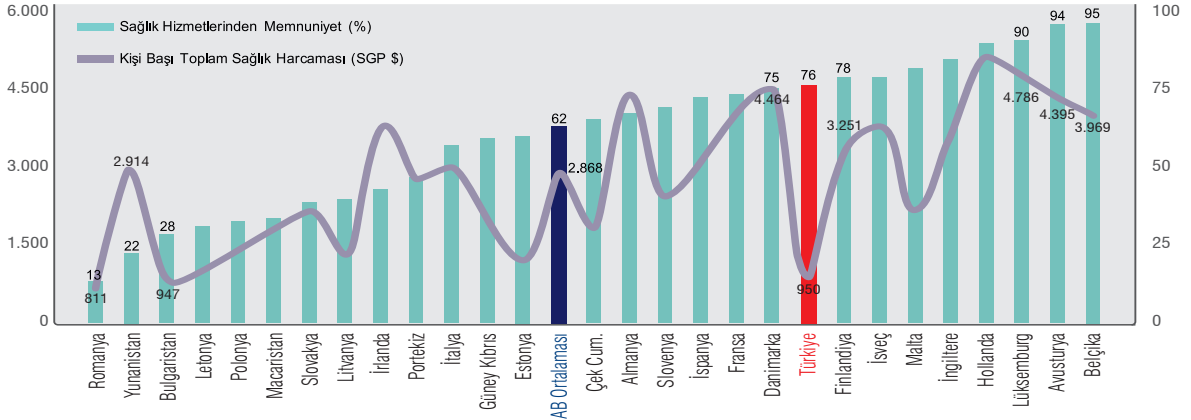
Kaynak: European Commission Social Climate Report 2011

* Türkiye "TÜİK Yaşam Memnuniyeti Araştırması 2011"

2003 yılında Avrupa Birliği'nde sağlık hizmetlerinden memnuniyet % 62 iken ülkemizde bu oran % 39,5 idi. 2011 yılında sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranını % 75,9'a çıkardık. 2011 yılında Avrupa Birliği'nde sağlık hizmetlerinden memnuniyet % 62'de kaldı.



Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet (%) 2011 ve Kişi Başı Toplam Sağlık Harcaması (SGP ABD \$) 2010

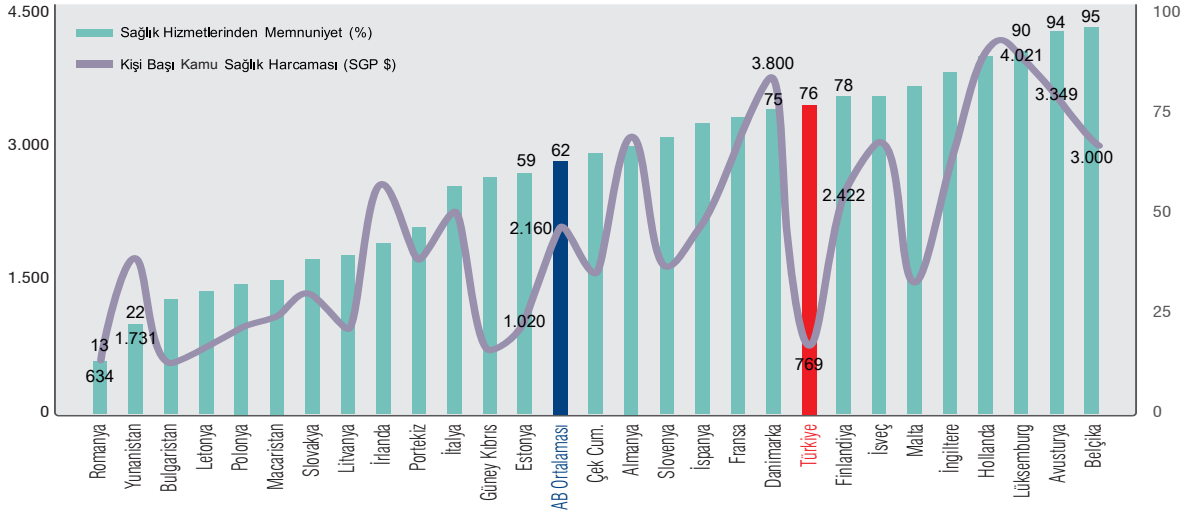


Grafik 126

Kaynak: OECD Health Data, Avrupa Komisyonu Social Climate Report 2011, TÜİK Yaşam Memnuniyeti Araştırması 2011

Kamu sağlık harcaması ülkemize benzeyen Romanya'da sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı Türkiye'nin 1/6 iken sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı ülkemizle aynı olan Danimarka'nın kamu sağlık harcaması Türkiye'nin 5 katıdır.

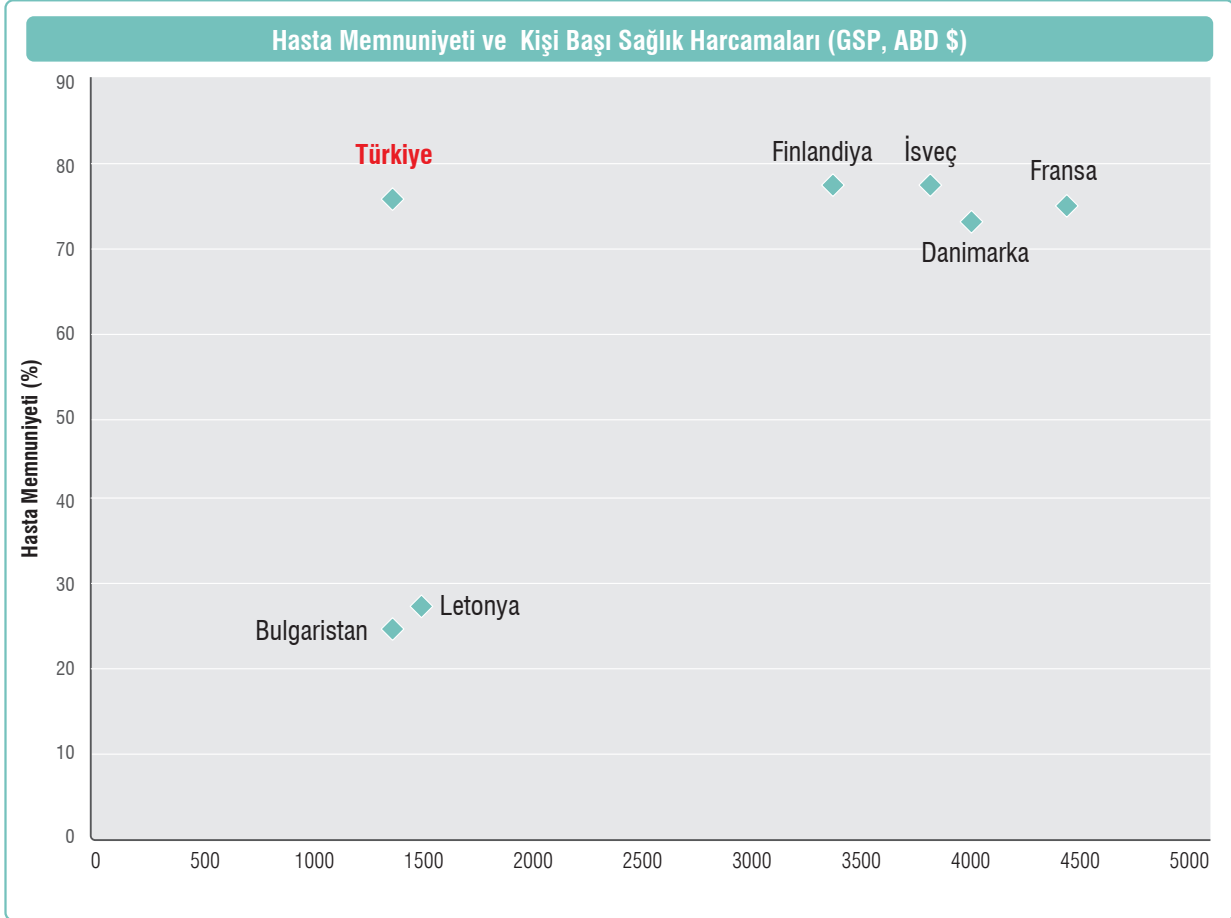
Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet (%) 2011 ve Kişi Başı Kamu Sağlık Harcaması (SGP \$) 2010



Grafik 127

Kaynak: OECD Health Data, Avrupa Komisyonu Social Climate Report 2011, TÜİK Yaşam Memnuniyeti Araştırması 2011

Kişi başı kamu sağlık harcaması ülkemize benzeyen Romanya'da sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı Türkiye'nin 1/6 iken sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı ülkemizle aynı olan Danimarka'nın kamu sağlık harcaması Türkiye'nin 5,7 katıdır.



Grafik 128

Kaynak: OECD Health Data, Avrupa Komisyonu Social Climate Report 2011, TÜİK Yaşam Memnuniyeti Araştırması 2011

Türkiye, Hasta Memnuniyeti bakımından aynı grupta bulunduğu ülkelere göre sağlık harcamalarından 5 kat daha etkili sonuç aldı.

Türkiye, Kişi Başı Sağlık Harcamaları ve memnuniyet ilişkisi bakımından aynı grupta bulunduğu ülkelere göre 3 kat daha etkili sonuç aldı.



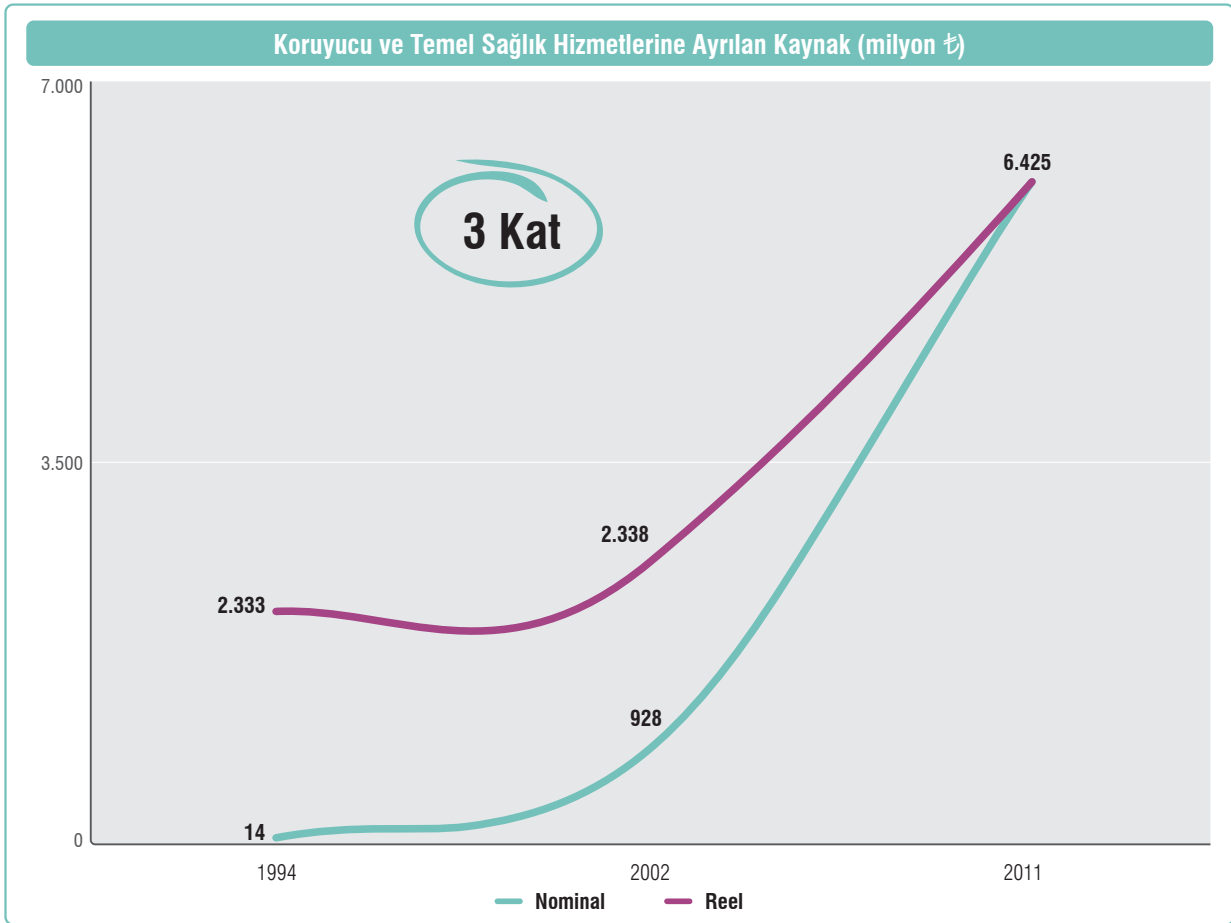
“Sağlık sistemi reformu, daimi bir süreçtir. Uygulamanın ilk safhalarında Türkiye’nin bu devasa reformu etkili şekilde hayata geçirebilen birkaç orta gelirli ülkeden biri olduğu görülmektedir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı, hem Türkiye’nin sosyal yardım sisteminde önemli bir iyileşme kaydettiğini yansıtmakta hem de aynı meselelerle mücadele etmekte olan diğer ülkelere iyi bir uygulama örneği teşkil etmektedir.”



4. Sağlık Sisteminin Finansal Sürdürülebilirliği

Sağlık hizmet açığını büyük ölçüde karşıladık. Tıbbî teknoloji açığını kapattık. Tıbbî teknolojiyi ucuzlaştırdık. Personel verimliliğimizi artırdık. Hizmet alımı yoluyla verimlilik artışı sağladık. Koruyucu sağlık hizmetlerini güçlendirdik. Sağlıklı yaşamı teşvik ediyoruz.



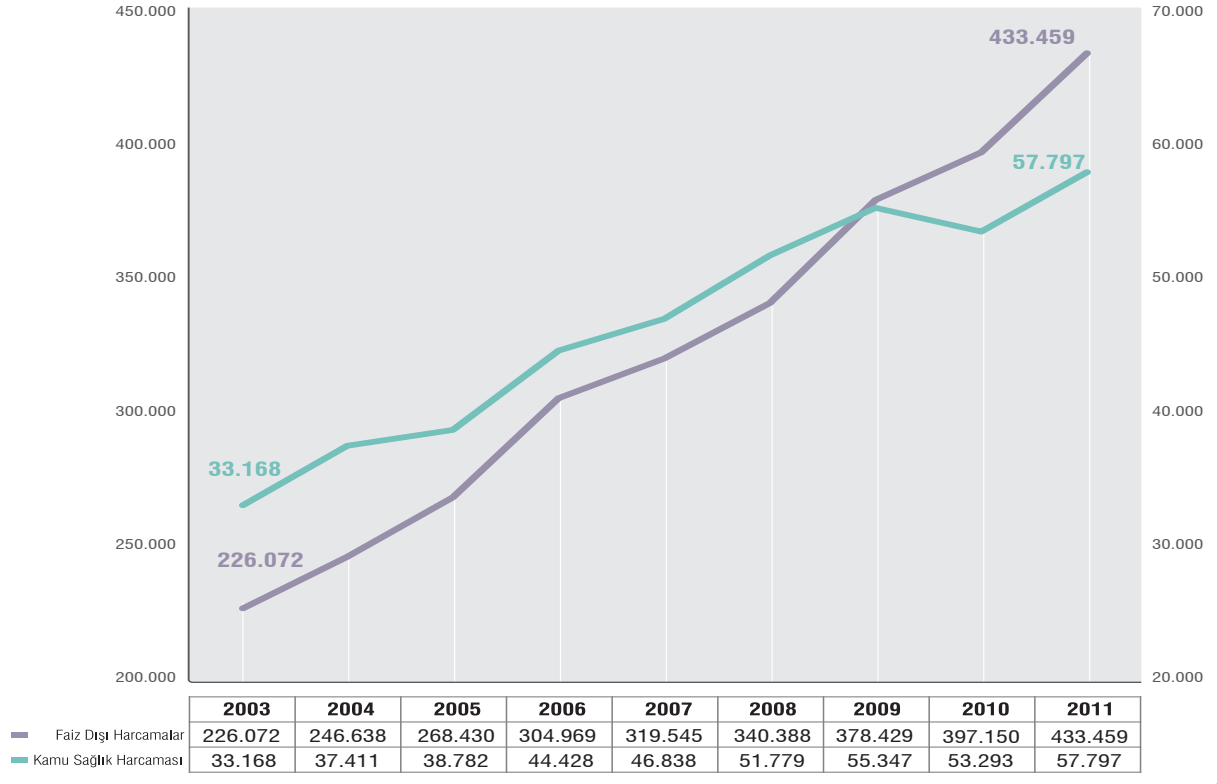
Grafik 129

Kaynak: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

İlaç fiyatları kontrol altındadır. Global bütçe uygulanmaktadır. Yeni yatırımlarda Kamu-Özel Ortaklığı modeli kullanmaya başladık. Ülkenin ekonomik büyümesi devam etmektedir.



Faiz Dışı Genel Kamu Harcamaları ve Kamu Sağlık Harcamalarının Artış Eğilimleri (2011 Fiyatlarıyla)



Grafik 130

Kaynak: Maliye Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı, TÜİK

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile verimliliği artırdık ve finansal sürdürülebilirliği sağladık. 2003-2011 yılları arasında faiz dışı genel kamu harcamalarındaki artış %92 iken kamu sağlık harcamalarındaki artış %74'tür.



Sağlık Sistemi Performans Değerlendirmesi, Türkiye (sayfa, 18)

Health System Performance Assessment, 2011 Turkey

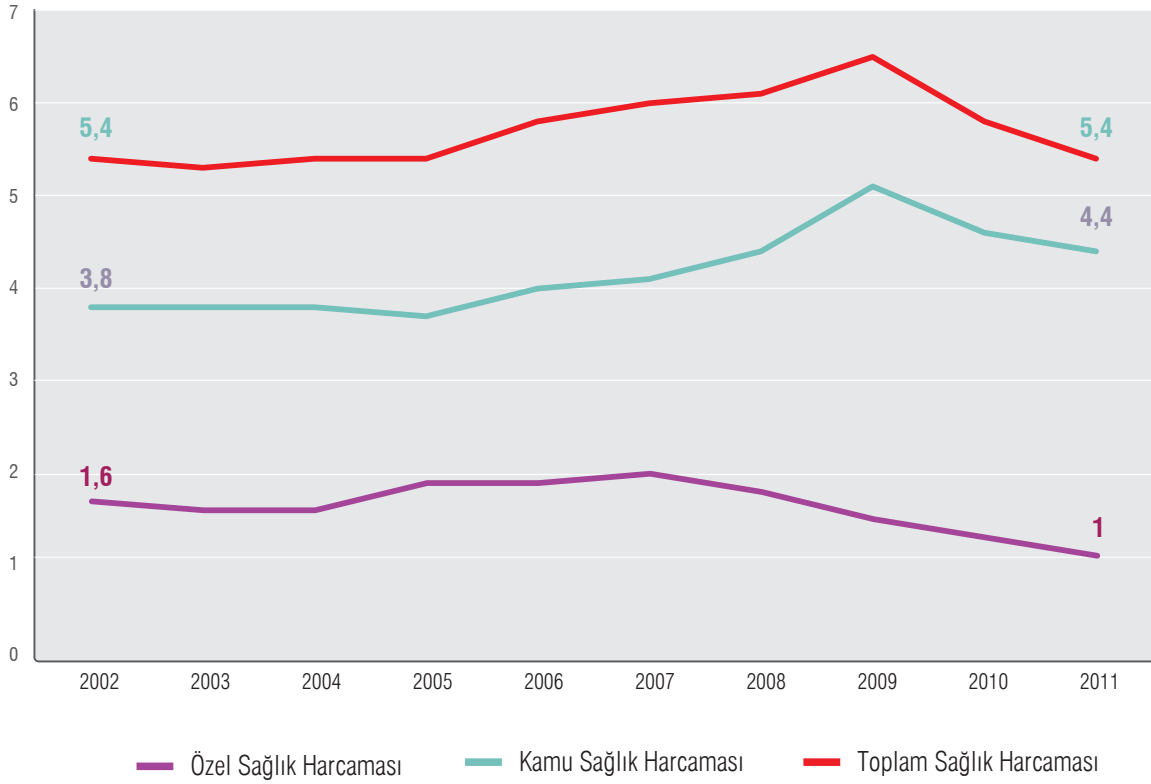
Yayın Yılı: 2011

Yayımlayan Kuruluş: DSÖ, Dünya Bankası

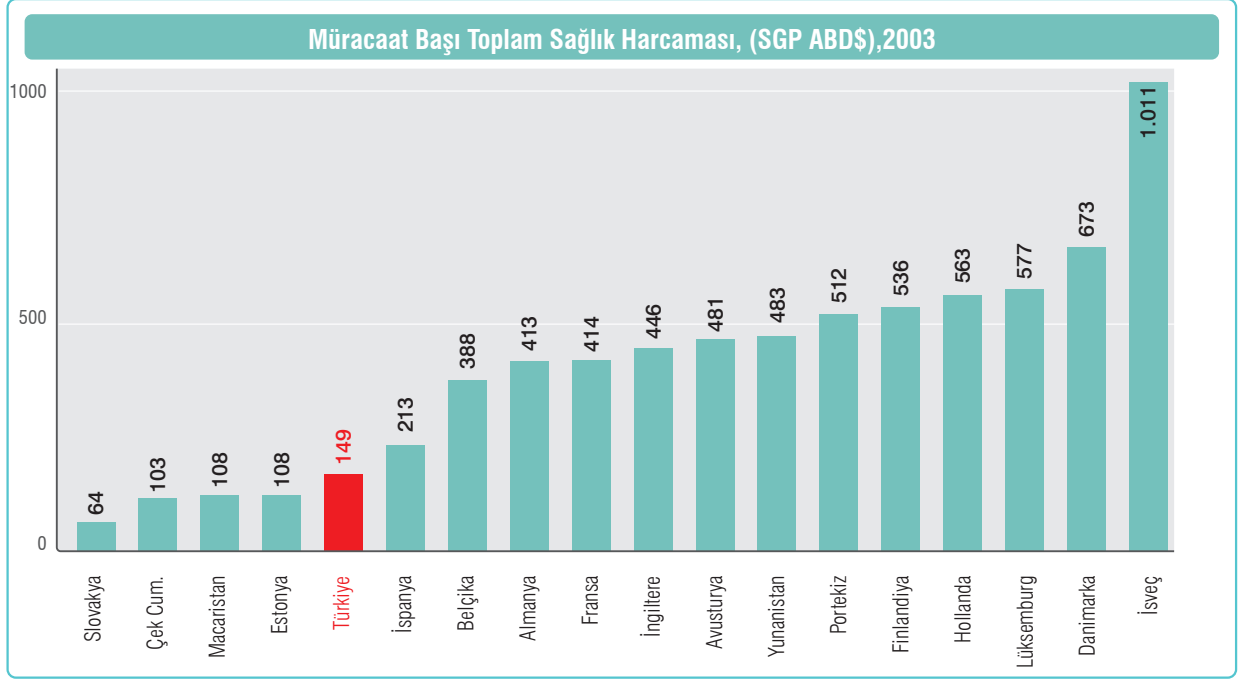
“Kamu sağlık harcaması GSYH'deki büyümeye paralel, genel devlet harcamasının % 8'inden % 13'üne (2000-2008) istikrarlı şekilde yükselmiştir. Bu OECD ve AB ülkelerindeki harcama seviyeleri ile benzerdir. Bu artış eğilimi hükümetin politik olarak sağlığa verdiği önemi ve önceliği kanıtlar.”



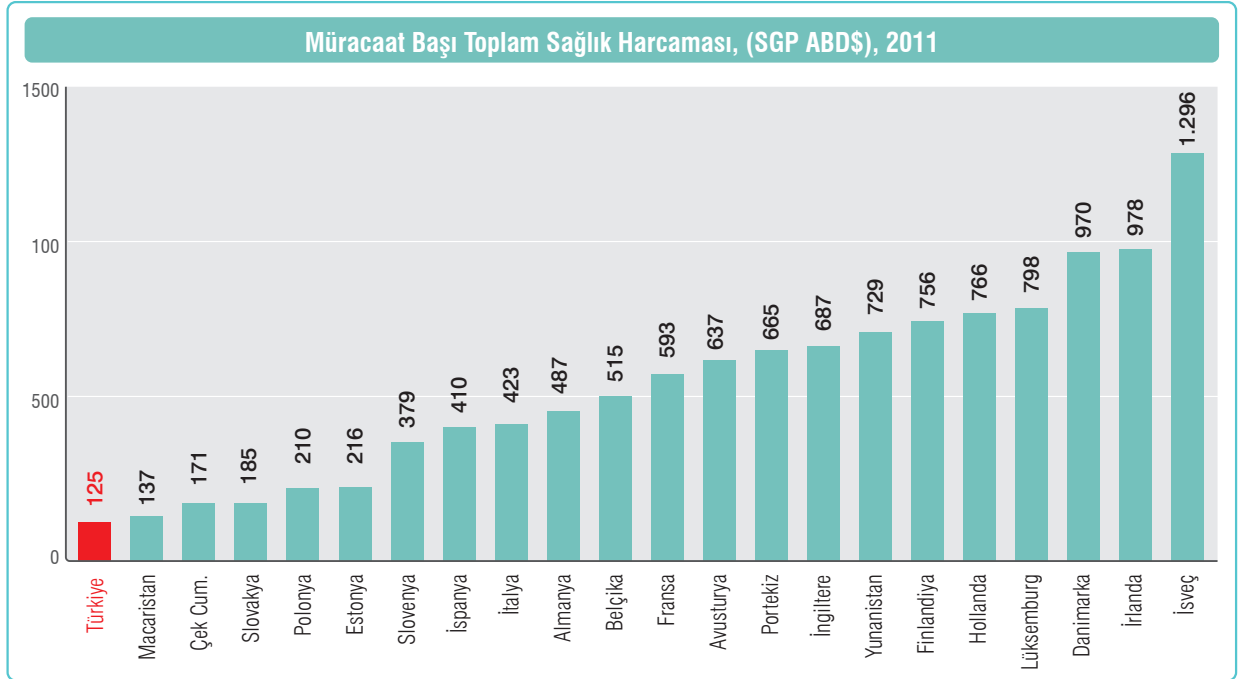
Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Oranları, (%)



Grafik 131
Kaynak: TÜİK



Grafik 132
Kaynak: OECD Health Data



Grafik 133
Kaynak: OECD Health Data

TÜRKİYE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI



SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI'NIN
ULUSLARARASI YANSIMALARI



1. Raporlar



A. OECD Reviews of Health Systems, Turkey

OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri, Türkiye

Yayın Yılı: 2008

Yayımlayan Kuruluş: OECD, Dünya Bankası

Yazarlar: Jeremy Hurst, Peter Scherer, Sarbani Chakraborty, George Schieber

Türkiye Sağlık Sistemi'ne yönelik gerçekleştirilen bu inceleme, OECD/Dünya Bankası tarafından müştereken yapılmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın 5. yılının bitiminde reform sürecinin uluslararası kuruluşlar gözüyle değerlendirilmesi amacıyla T.C. Sağlık Bakanlığı'nın talebi üzerine gerçekleştirilmiştir.

Türk Sağlık Sistemi İncelemesi, Hükümet'in Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)'ni 2003 yılında uygulamaya koymasından önceki süreçte sistemin belli başlı özelliklerine değinerek başlamaktadır. Daha sonra, SDP kapsamında uygulamaya konan başlıca reformları anlatmaktadır. Ardından sistemin performansını; erişim ve hakkaniyet, sağlığın iyileştirilmesi, kullanıcılara cevap verebilirlik, paranın karşılığı ve mali sürdürülebilirlik olarak özetlenebilecek temel sağlık politikası hedefleri bakımından değerlendirmektedir. İnceleme, Genel Sağlık Sigortası (GSS) kapsamına geçiş ve bu geçişin muhtemel etkileri de dâhil olmak üzere yakın tarihte yapılan reformları değerlendirmektedir. Rapor son olarak sistemin güçlendirilmesi için nerelerde ek politikalara ihtiyaç olabileceğine değinmektedir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın 2008 yılına kadarki değerlendirmesine ve 2009-2013 yılları arasında SDP'nin nasıl tamamlanacağına ilişkin olarak raporda yer alan tespitler şu şekildedir:

SDP'nin Bugüne Kadarki Değerlendirmesi

"Aşağıda yer alan SDP'ye ilişkin değerlendirmeler, sağlık politikasının üç temel hedefine dayandırılmıştır:

- Sağlık sonuçlarının ve kullanıcılara cevap verebilirliğin en üst düzeye getirilmesi,
- Bu sonuçların elde edilmesine bağlı olarak maliyetlerin en aza indirilmesi,
- Beklenmeyen katastrofik sağlık harcamalarına karşı mali koruma sağlanması ve sağlık hizmetlerine erişim açısından hakkaniyetin gözetilmesi."



“Birçok açıdan SDP’nin içeriği, Türkiye’de 2003 öncesinde var olan sistemin zayıf yönlerini gidermeyi hedeflerken bu sistemin güçlü yönlerine dayanan bir sağlık sistemine yönelik bir dizi reforma ait “ders kitabı” gibi görünmektedir. Eski sistem-birçok diğer orta gelirli ülkelerde ve bazı OECD ülkelerinde olduğu gibi-sağlık sigortasında aşırı bölünmeler ve eksik bir sigorta kapsamı ortaya koymuş; hastanede yapılan, yüksek maliyetli tedavi hizmetlerine odaklanmıştır. Ayrıca, yeni teknolojilerin getirilmesini sınırlamış; büyük kayıt dışı ve cepten harcamalara yol açacak şekilde hekimlerin çift yönlü (kamuda ve özelde) çalışmalarını teşvik etmiş ve etkililik amaçlı teşvikleri sınırlamıştır. Söz konusu sistem, yoksul kesimin ve kırsal kesimde yaşayanların sağlık hizmetlerine erişiminde ciddi ölçüde hakkaniyetsizlik yaratmış ve niteliksiz sağlık hizmeti sunmuştur. SDP/GSS reformları, sistemin temel zayıf noktalarını bertaraf etmek üzere kapsamlı bir projeyi temsil etmektedir.

Ayrıca SDP/GSS reformları, eski sistemin güçlü yönlerine dayandırılarak tasarlanmıştır. Bu güçlü yönler arasında şunlar sayılabilir: Son on yılda yoksul kesimi hedefleyen yeşil kart uygulamasına geçiş, Türkiye’nin birçok bölgesinde devletin sunduğu makul düzeyde kaliteye sahip uzmanlık hizmetleri, canlı bir özel sektör, nüfusun sağlık durumunda iyileşme, nüfusun tüm kesimlerinin-özellikle de yoksul kesim ve az hizmet alan diğer gruplara-kaliteli hizmete erişimini sağlamayı taahhüt eden bir hükümet ve Sağlık Bakanlığı.

SDP’yi yürütmek için atılan adımlar, sistemin işleyişinde önemli gelişmeler oluşturmuş gibi görünmektedir. Sağlık sigortası incelendiğinde, yeşil kartın kapsamının 2005’te ayakta tedavi hizmetleri ve ayakta tedavi gören hastalara reçete yazılmasını içine alacak şekilde genişletildiğini görüyoruz. Benzer şekilde SSK mensupları da 2004’te tüm hastaneler ve özel eczanelerden yararlanma hakkını elde etmiştir. Bu değişiklikler, 2003 ve 2007 yılları arasında yeşil kart sahiplerinin sayısında %7,5 SSK mensuplarının sayısında ise yaklaşık %33 oranında bir artışla ilişkilendirilmektedir. Bu değişiklikler, ayrıca hastanelere erişim ve ilaca yönelik kişi başına düşen harcama miktarında bu gruplar için hızlı artışlara da yol açmıştır. Bunlardan ikincisi bir dereceye kadar ilaç fiyatlarındaki indirimlerle dengelenmiştir. Kullanıcıların kendi ceplerinden yaptıkları ödemeler azalırken genel olarak sağlık harcamalarının düzeyi, özellikle de devletin bundaki payı, bu dönemde önemli bir artış göstermiştir. Olumlu bir gelişme olarak Hükümet bu artışları, Türkiye’nin bu dönemdeki güçlü ekonomik büyümesi sayesinde karşılayabilmiştir.

Aslında SGK ve SB, 2008 itibarıyla sağlık hizmetlerine önemli ölçüde ihtiyaç duyan birçok Türk vatandaşının hizmetlerden makul derecede yararlanabildiği düşüncesini taşımaktadır. Bunun sebebi ise birinci basamak sağlık hizmeti ve hastanede acil servis hizmetine yönelik hiçbir engel bulunmamasıdır. Ayrıca, hak sahibi olmayanların sahtecilik yoluyla sağlık karnelerini kullanmalarına ek olarak BAĞ-KUR mensubu ve yeşil kart sahibi olmak için geriye doğru seçim olması sebebiyle, “resmî” sigorta kaydı verilerinin, kapsam dışı nüfusun %10 ila 15 olduğunu öngörmesine karşın, önemli ihtiyaçları olan nüfusun büyük bir kesimi devletin karşıladığı sağlık hizmetlerinden yararlanmaktadır.



Bu arada, Şubat 2005'ten itibaren eski SSK hastanelerini de kapsayacak şekilde SB kuruluşlarına performans yönetim sisteminin getirilmesinin yanında danışmanlık imkânlarında yaşanan gelişmelerin, kamu sektöründe uzmanların tam gün çalışması ve hastane faaliyetlerinde önemli artışa yol açtığı görülmektedir. SB'nin yayımladığı son veriler, SB kuruluşlarında tam gün çalışan hekimlerin sayısının 2003'te %11'den 2008'de %73'e yükseldiğini göstermektedir. SB hastanelerinde destek hizmetleri konusunda dışarıdan kaynak temini oldukça artmıştır. Çalışanların birçoğu, özellikle de hemşireler, kamu sektöründe çalışıp atanmaya tabi tutulmaktansa artık kısa dönemli sözleşmelerle çalıştırılmaktadır.

Yeni aile hekimliği sistemi, Ağustos 2008 tarihi itibarıyla 23 ilde uygulanmaktadır ve 2009 yılı sonu itibarıyla 59 ili kapsayacaktır. Nüfusun yaklaşık %20'si, birinci basamak sağlık hizmetlerini almak üzere aile hekimlerine kaydolmuştur. SB, bu oranı 2009'un ilk çeyreği itibarıyla %50'ye yükseltmeyi planlamaktadır. Pilot projelerle ilgili birtakım değerlendirmeler yapılmaktadır ve belirli sonuçlara ilişkin ilk sonuçlar da alınmaya başlanmıştır. Örneğin, hasta memnuniyeti, aile hekimliği sistemini uygulayan illerde artış göstermiştir. Yeni sisteme geçen illerde birinci basamak sağlık hizmeti kuruluşlarına yapılan başvuru sayısı %27 oranında artış gösterirken bu sistemi henüz benimsememiş illerde %23'lük bir artış görülmüştür. Hastanelere yapılan başvurular, aile hekimliği sisteminin uygulanmaya başlanmasından önce %58 oranındayken aile hekimliği sisteminin benimsenmesiyle bu oran %41'e gerilemiştir. Sevk sistemi cezalarının durdurulmasına karşın aile hekimliği sistemini uygulayan illerde 2008'de birinci basamağa başvuran kişi sayısı %51, ikinci basamağa başvuran kişi sayısı ise %49 olmuştur. SB, uygulamaya konan katkı payı kuralları ile birinci basamağa başvurma oranını %60'a çıkarmayı planlamaktadır. Bu ilk değerlendirmelere göre sistem; sağlık hizmetleri kullanımını, ikinci basamaktan birinci basamağa kaydırarak hasta memnuniyetini artırmıştır. (Aile Hekimliği Daire Başkanlığı; Akdağ, 2008). Yeni sistemin sonuçlar üzerindeki etkileri, hâlihazırda yapılmakta olan geniş çaplı değerlendirmelerin sonucunu beklemektedir. Bu değişiklikler hekimlerin Türkiye'deki coğrafi bölgelere dağılımında kaydedilen ilerlemelerle, işin hizmet sunumu yönünden de desteklenmiştir.

Arz söz konusu olduğunda, ayakta tedavi hizmetlerinin büyük oranda "yanlış" yerde-yani hastane polikliniklerinde-yaygınlaşması konusu tartışmaya açık olsa da yukarıda bahsedilen değişikliklerin, kapasite ve üretkenlik açısından iyileşme oluşturduğu görülmektedir. Özellikle, performans yönetim sisteminin uygulamaya konmasının ve tam zamanlı çalışmaya yönelimin ardından, hekime yapılan başvuru sayısı keskin bir şekilde artmıştır. Bu bakımdan, kapsam konusundaki gelişmeler, birinci ve ikinci basamak sağlık hizmeti kapasitesinde yeniden dağılımın hakkaniyetli yapılması ve bu hizmetlere erişimin sağlanmasıyla eşleştirilmiştir. Türkiye'de bu reformlardan önce karşılanmayan ihtiyaçlar olduğu düşünüldüğünde bunların sağlayacağı sonuçlar, en azından önceden bu hizmetlere erişimi engellenmiş insanlar açısından daha iyi erişim ve hakkaniyet olacaktır. Kapasite ve üretkenlik alanlarında gelişmeler yaşanmasaydı, sağlık hizmetleri için artan talep, insan kaynakları ve tesis yetersizliği sebebiyle karşılanamazdı.



Başlangıç yıllarında SDP'ye ait harcamaların karşılanabilir olduğu görülmektedir. Sağlık harcamalarındaki artış, GSYİH büyümesiyle paralel gitmiştir. Erişim ve personel gelirlerindeki iyileştirmelerin maliyetleri, en azından, verimliliğin artması ve ilaç fiyatlarının düşmesi ile kısmen de olsa telafi edilmiş görünmektedir. Sağlık hizmetleri için ayrılan kamu harcamaları, 2003-2006 arasında yılda ortalama %7 civarında ve 1999-2004 arasında yıllık %10 artış göstermiştir. GSYİH içinde toplam sağlık harcamalarının payı, 1999 ve 2003 yılları arasında yaklaşık bir puan artmış olmakla beraber, 2003 ve 2006 arasında güçlü ekonomik büyüme sebebiyle neredeyse sabit kalmıştır.”

SDP'nin Tamamlanması, 2009-2013

“SDP'nin, 2008'de henüz tamamlanamamış olması şunlara bağlıdır: Reformlar konusunda yasal gecikmelere yol açan TBMM ve mahkemeler arasında uyumsuzluklar; özel hizmet sunucularının ekstra faturalandırma yapması ve bütçeye sınırlamalar koyulması gibi zorlu politika seçimleri; DRG'ler gibi teşvik ödeme sistemlerinin oluşturulması; büyük miktardaki yeni ödemelerin yapılabilmesi için SGK'nin kapasitesinin artırılması; yeni personelin eğitilmesi ve mevcut personelin yeniden eğitilmesi gibi konularda karşılaşılan kaçınılmaz gecikmeler.

Finansman açısından, sosyal güvenlik yasasının GSS ile ilgili bölümleri, TBMM'den ancak Nisan 2008'de geçebilmiştir. Yeşil kart uygulaması, henüz SGK tarafından bütünüyle benimsenmemiştir; ancak bunun 2009 itibarıyla başarılabilmesi için planlar yapılmıştır. Yeşil kart almaya hak kazanmak için tanımlanan gelir düzeyinin fazlasına sahip birçok Türk vatandaşı, kayıt dışı sektörde çalışmakta ve birçoğunun sosyal güvenlik kaydı bulunmamakta ya da sağlık sigortası için prim ödemesi yapmamaktadır. Yeşil kart almaya hakkı olanlar ve önceden sigortası olmayanlar için SGK'nin nasıl para ve mal varlığı soruşturması yapacağına ilişkin yeni prosedürler henüz belirlenmemiştir. Katkı payı ödemesi oranlarıyla ilgili kararlar, GSS Yasası'nın geçmesinin ardından ikincil mevzuatı beklemektedir. Ne var ki bir aile hekiminin sevk olmadan hastane polikliniklerine yapılan başvurular da dâhil olmak üzere kendi kararları üzerine ve uygun düşmeyecek biçimde başvurularda bulunanların ödeyeceği katkı payı oranlarının daha yüksek olacağı öngörülmektedir. Başvuru sistemiyle ilgili önemli konular askıda kalmıştır. Aile hekimliği sisteminin tamamlanmasını beklemektedir (SB'ye göre bunun anlamı 30.000 tane yeni aile hekiminin eğitilmiş ve çalışır durumda olmasıdır). Benzer şekilde, özel hastanelerin ekstra faturalandırmalarına ilişkin tavan oranlarla ilgili kararlar, ekstra faturalandırmayı %30 ile sınırlandıran yeni taslak kuralların uygulanmasını beklemektedir. Ayrıca, GSS Yasası, SGK'nin kamu sağlık hizmetleri kurumlarıyla (SB ve üniversite) global bütçe uygulamasına gideceğini belirtmesine karşın SGK'nin özel sağlık hizmeti kuruluşlarıyla nasıl çalışacağı kesinlik kazanmamıştır. Bu, özel sağlık hizmetleri kuruluşlarına yapılan harcamalar, SGK harcamalarının en hızlı büyüyen bileşeni olduğundan ve büyük ihtimalle 2008 yılında SGK'de bir bütçe açığı oluşturacağından büyük önem taşımaktadır.



Hizmet sunumu açısından, yukarıda da söz edildiği üzere aile hekimliği hizmetleri Türkiye'deki 81 ilin 23 tanesine yayılmış durumdadır. Devlet hastanelerinde henüz önemli ölçüde bir özerklik sağlanamamıştır ve satın alıcı-hizmet sunucu ayrımı, henüz SB hastanelerinde tam işlerlik kazanmamıştır. Ayrıca Türkiye'nin bazı bölgelerinde doktor ve hemşireler arasında, genişleyen kapsamın getirdiği artan talep ve hareketli özel sektör tarafından tetiklenen kapasite sıkıntıları da ortaya çıkmaya başlamıştır. Hükümet, tıp fakültelerine kabul edilecek öğrenci sayısının yılda 4.500'den yaklaşık 6.000'e çıkartılacağı duyurusunu yapmıştır. 2008'in ilk aylarında da yeni planlama yönetmelikleri yayımlayarak kamu sektörünün ve özel sektörün ortak kapasitesini akılcı hâle getirmek üzere yeni özel hastaneler ile ayakta hasta klinikleri ve tedavi merkezleri için standartlar belirlemiştir.

SDP'de öngörülen yeni ödeme sistemi, yani DRG'ler uyarınca paranın hastaların peşinden gitmesinin sağlanması, henüz işlerlik kazanmamıştır. SB hastaneleri için SGK'den SB hastanelerine akan döner sermayeyi de içeren bütçeler ve aylık ödemelerle ilgili kararları hâlen SB vermektedir. SGK fonları, SB hastanelerine sunulan hizmetler karşılığında verilen faturalardan çok SB kararlarına göre aylık olarak tahsis edilmektedir. Ayrıca Bakanlık, kamu hastanelerindeki çalışanların maaşlarının bir bölümünü ve yeni aile hekimliği projelerini de içerecek şekilde birinci basamak ve kamuya ait sağlık hizmetleri için gerek duyulan fonları ödemektedir. Hastane hizmetlerinde DRG'lerin oluşturulması hâlen tasarım aşamasında olmakla beraber denemeye hazırdır ve bunun için 47 hastanede keşif amaçlı projeler yapılmıştır. Hastane performansı standartları, hastane faaliyetlerini artırmış olsa da PDEÖ Sistemi'ndeki teşviklerin önerilen TİG sistemi doğrultusunda uygulanması gerekmektedir. Hem hekimlerin hem de kurumsal üretkenliğin artırılması, tahsisatın ve teknik verimliliğin geliştirilmesi ve gereksiz hizmetlerin önünün kesilerek genel maliyetlerin kontrol altına alıp makro verimliliğin sağlanması için, devlet hastanelerindeki bütçelerde bu eksik unsurların tamamlanması gerekmektedir.

Son olarak, SDP'de öngörülen yönetim değişiklikleri henüz tamamlanmamıştır. SGK, henüz alacaklarını yeterli oranda işleme koyma ya da yenilikçi teşvike dayalı ödeme sistemlerini tasarlayıp uygulamaya sokma kapasitesine erişememiştir. SB, sevk ve idare eden rolünü benimsemektense hâlen yoğun bir biçimde birinci ve ikinci basamak hizmetleri temin etme ve bunların bütçesini oluşturma konularıyla ilgilenmektedir.

Bu sebeple, hâlen son ayrıntıların belirlenmesi için bekleyen pek çok kilit politika kararı bulunmaktadır ve bunların bazıları uzun yıllar sürecektir (örneğin hekim sayısının artırılması). Bu da en sonunda Türk nüfusu için sağlık durumunun, mali korumanın ve kullanıcıya cevap verebilirliğin geliştirilmesi konusunda GSS'nin etkinliği, harcamalarının karşılanabilirliği ve sürdürülebilirliğini tespit edecektir."

Rapordan Kesitler:

"Türkiye'deki sağlık durumunun iyileşmesini sağlayan pek çok unsur olmakla birlikte, sağlık hizmetlerine yapılan harcamaların daha yüksek ve daha etkili olması, bu iyileşmelerin önemli bir kısmının sebebi olarak görülebilir." Sayfa 13



“SDP, GSS’nin hayata geçirilmesi gibi önemli sağlık sektöru reformlarının geliştirilmesi ve uygulanmasında “iyi uygulama”nın nasıl olacağını pek çok açıdan yansıtmaktadır. Ciddi finansman reformları ile birlikte hükümetin güçlü taahhüdü ve liderliği, dikkatle planlanmış hizmet sunumu reformlarıyla tamamlanmıştır. SDP’nin sağlık durumu, mali koruma ve hasta memnuniyetinin tüm yönleri üzerindeki etkisini değerlendirmek için henüz çok erken olsa da mevcut verilerden elde edilen ilk göstergeler, bu üç alanda da önemli ilerlemeler kaydedildiğini ortaya koymaktadır. Türkiye diğer OECD ülkeleri ile arasındaki performans açığına kapatmakta ve genel maliyetler dâhil bir dizi konuda kıyaslanabileceği diğer üst orta gelir grubuna giren ülkelere oranla daha iyi bir performans göstermektedir. Aslında diğer ülkelerin Türkiye’deki sağlık reformlarından, özellikle personel verimliliğini artırmak üzere performansa dayalı ödeme sisteminin kullanılması konusunda, öğrenebileceği pek çok şey olabilir.” Sayfa 14

“En son Ulusal Sağlık Hesapları ve Hane halkı Bütçe Araştırması”ndan elde edilen genel bilgiye dayanarak, hem mutlak koşullar açısından hem de diğer ülkelere göre, Türk sağlık sisteminin eşitlik ve mali koruma bakımlarından oldukça iyi işlediği görülmektedir. Cepten yapılan harcama payı oldukça düşüktür ve cepten yapılan harcama oranı progresif olup orantısız bir biçimde zenginler tarafından gerçekleştirilmektedir. Katastrofik sağlık harcaması nedeniyle meydana gelen yoksullaşma düzeyi de düşüktür.” Sayfa 65

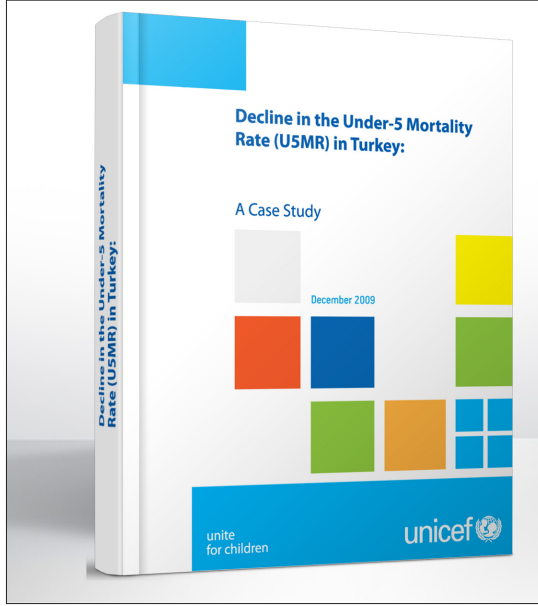
“Performansa dayalı ödemenin başlatılmasından beri, hekim (bordrolu çalışanlar) başına düşen bildirilmiş muayene sayılarına bakıldığında, Türkiye’de hem faaliyet hacminde hem de hekim üretkenliğinde büyük artışlar olduğu görülmektedir. 2006 itibarıyla, bildirilen hekim başı muayene sayısı, OECD’deki ortalama düzeyi, %25 geçen seviyelere ulaşmıştır. Türkiye’nin hekimlerin üretkenliğini artırmak amacıyla performansa dayalı ödeme sisteminin kullanılması konusundaki belirgin başarısından-henüz sağlık sonuçları üzerindeki etkisi belli olmamakla ve daha detaylı araştırmalar hâlen yapılmakla beraber-diğer OECD ülkelerinin öğrenebileceği dersler olabilir.” Sayfa 84

“Sağlık sistemi reformu, daimi bir süreçtir. Uygulamanın bu ilk safhalarında Türkiye’nin “devasa” bir reformu etkili bir şekilde hayata geçirebilen birkaç orta gelirli ülkeden biri olduğu görülmektedir. SDP, hem Türkiye’nin sosyal yardım sisteminde önemli bir iyileşme kaydettiğini yansıtmakta hem de aynı meselelerle mücadele etmekte olan diğer ülkelere “iyi bir uygulama” örneği teşkil etmektedir. Fakat programın nihai başarısı ve sürdürülebilirliği, Türk yetkililerin hâlen üstünde çalışmakta oldukları zorlu politika ve uygulama kararlarına bağlı olacaktır. Uluslararası tecrübeler göre, uzun vadede sağlık sisteminin mali sürdürülebilirliğini sağlamak ve Türk insanının sağlık durumu ve refahının sürekli olarak iyileşmesini temin etmek için doğru politikalar seçilmesi ve bu politikaların etkili bir şekilde uygulanması gerekecektir.” Sayfa 124



Kitapta yer verilen kilit önerilerin özeti şu şekildedir:

- Sağlık hizmetleri alanındaki toplam kamu harcamaları üzerinde SGK tarafından sıkı bir üst limit uygulanması
- Sevk olmadan hastanelerin ayakta tedavi birimlerine yapılan başvurular için katkı payı ödemesinin uygulanması
- İlaç fiyatlarında daha fazla indirim yapılmaya çalışılması ve akılcı ilaç reçetelendirme uygulamasının hayata geçirilmesi
- Şu an ihtiyaç duyulan doktor sayısı artışının sağlanmasının ardından, orta ve uzun vadede doktorluk mesleğine girişin kontrol altına alınması
- Önümüzdeki beş yılda SDP'nin uygulanmasına devam edilmesi
 - Aile hekimliği hizmetlerinin yaygınlaştırılmasına devam edilmesi
 - Aile hekimliği hizmetlerinin yanı sıra halk sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi ve koordine edilmesine devam edilmesi
 - Hastane ve birinci basamaktan sağlık hizmetlerinin satın alımı işlerinin, yönetim kapasitesi uygun olduğunda SGK'ye devrinin tamamlanması
 - DRG ve toplu ayakta tedavi ödeme sistemlerinin tamamlanması ve risklerin hizmet sunuculara yöneltilen bakım ilkelerine dayalı olarak devredilmesi için yeni sistemler geliştirilmesi
 - DRG ödemesini desteklemek, verimlilik ve maliyet etkililik konularına daha fazla ağırlık vermek üzere performans yönetimi sisteminin reforme edilmesi
 - Uygun yönetim kapasitesine sahip hastanelere daha fazla özerklik verilmeye devam edilmesi
 - Karar alma için daha güçlü bilgi teknolojileri (BT) sistemlerine yatırım yapılması
 - Sağlık teknolojileri değerlendirmesini üstlenmek, sağlık reformlarını izlemek ve değerlendirmek üzere kapasite geliştirilmesi
 - Türkiye'deki hemşire sayısının ve hemşirelerin görevlerinin artırılması
- Yeni sağlık sistemini, sağlık hizmetlerine erişimdeki coğrafi hakkaniyeti iyileştirme konusunda desteklemek üzere arz yönlü harekete geçilmesi (muhtemelen bölgelere göre ağırlıklı "kişi başı ödeme" hedefleri vasıtasıyla bilgilendirme yapılarak)
- GSS'ye kayıtların ve katkı ödemelerinin artırılması, ödeme gücünün dikkatle izlenmesi
- Bakanlıklar arasında kapsamlı halk sağlığı konularının ele alınması
- SB'nin kılavuzluk kapasitesinin geliştirilmesine devam edilmesi



B. Decline in the Under-5 Mortality Rate (U5MR) in Turkey: A Case Study

Türkiye'de 5 Yaş Altı Ölüm Oranında Düşüş: Bir Vaka Çalışması

Yayın Yılı: 2010

Yayımlayan Kuruluş: UNICEF

Yazarlar: Dr Lilia Jelamschi, Prof. Dr. Timothy De Ver Dye

Bu raporun amacı Türkiye'deki beş yaş altı çocuk ölüm oranlarındaki (5YAÖO) azalmanın tanımlanması ve analiz edilmesidir. Bunu yaparken özellikle 1990'dan bu tarafa gözlenen ve Türkiye'nin 5YAÖO'larını azaltmada gösterdiği hızlı ilerlemeyi açıklayabilecek politikalara, programlara ve epidemiyolojik değişimlere değinilecektir.

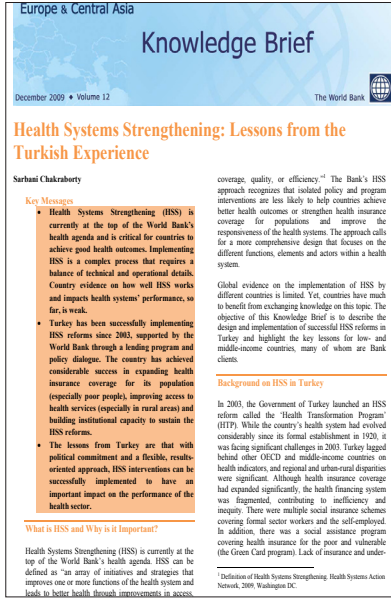
Bununla birlikte Türkiye'nin Milenyum Kalkınma Hedefi 4'e erişimde elde ettiği tecrübenin önemle altı çizilecektir. İlave olarak bu rapor Türkiye'deki trendlere ilişkin yorumlar sunmakta ve anne ve çocuk sağlığını iyileştirme hususunda Türkiye tecrübesini özetlemektedir.

Bu değerlendirmede yer alan dikkate değer hususlar şunlardır:

- Türkiye'de 1990'dan bu tarafa 5 YAÖO'da hızlı bir düşüş gözlenmektedir. Bu büyük ölçüde bebek ölüm oranlarının her iki bileşenindeki (erken yenidoğan ve geç yenidoğan) hızlı düşüşe bağlıdır. Bu her iki bileşendeki belirgin düşüş halk sağlığı alanında ve sağlık hizmetleri sisteminde yaşanan geniş kapsamlı iyileşmelerin bir neticesidir.
- Bu düşüş köylerden şehirlere doğru hızlı bir nüfus değişimi, buna tekabül eden kişi başı gayri safi milli hâsılda büyük bir artış, azalmış aile nüfusları ve kadınlarda artan eğitim seviyeleri bağlamında gerçekleşmiştir.
- Sağlık stratejileri ve planlaması üzerine odaklanma, aile planlaması, aşılamalar, yeni doğan canlandırması ve çocuk sağ kalımı üzerine odaklanmış geniş kapsamlı ve etkili halk sağlığı kampanyaları bebek ölüm oranlarının akabinde de beş yaş altı ölüm oranlarının düşmesine önemli katkı sağlamıştır.
- Doğum öncesi bakımda artış, sağlık kuruluşlarında doğum yapan kadın sayısında artış, sağlık personeli nezaretinde doğum yapan kadın sayısında artış, yeni doğan yoğun bakım hizmetlerinin nicelik ve nitelik yönünden gelişmesi gibi faktörler doğrudan yeni doğanların ve çocukların sağ kalımına katkı sağlamıştır.



- Tüm bu gelişmelere karşın, toplumun bazı kesimleri bebek ve beş yaş altı ölümleri için hâla risk altındadır. Bunlar doğu bölgelerinde ve kırsalda yaşayıp hiç temel eğitim almamış, en düşük gelir grubunda olan ve çok doğum yapmış kadınların bebek ve çocuklarıdır. Türkiye’de halk sağlığı programlarında etkileyici bir genişleme olmuş ve sağlık sistemi güçlenmiştir. Bununla beraber hâla yüksek ve düşük risk grupları arasında sağlıkta eşitsizlikler yönünden bir fark mevcuttur. Ancak bu fark daralmaktadır.
- Bebek ölümlerinde keskin bir azalmadan söz ediyoruz. Ancak düşük doğum ağırlığı/prematürite, doğumsal anomaliler ve sepsis gibi belli başlı bebek ölümü nedenlerinden olup büyük ölçüde önlenabilir olan durumlara dikkat edilirse Türkiye’deki bebek ölümleri daha da azalacaktır.
- Türkiye’nin sağlık sistemlerine ve halk sağlığı programlarına yaptığı yatırımların bir neticesi olarak ve toplumun genel manada daha güçlü bir sosyo-ekonomik statüye kavuşması ile 1990’dan bu tarafa beş yaş altı ölüm oranlarındaki düşüş dünyanın en yükseklerinden bir tanesidir. Muhtemelen 1990 ile 2007 arasında %70’ten fazla bir düşüş yaşanmıştır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) riskleri, fırsatları ve ilerlemeyi değerlendirmek adına eşsiz bir kaynaktır. Toplum temelli bir perinatal veri sistemi, TNSA’dan yararlanmayı daha da geliştirecek ve beş yaş altı ölümleri daha fazla azaltma hedefinde gerçek zamanlı izleme, değerlendirme ve araştırma yapma fırsatı sunacaktır.



C. Health Systems Strengthening: Lessons from the Turkish Experience, 2009

Sağlık Sistemlerinin Güçlendirilmesi: Türkiye'deki Deneyimden Öğrenilen Dersler, 2009

Yayın Yılı: 2009

Yayımlayan Kuruluş: Dünya Bankası

Yazarlar: Sarbani Chakraborty

“Health Systems Strengthening: Lessons from the Turkish Experience” başlıklı bu yazı Dünya Bankası'nın “Knowledge Brief” isimli dokümanının 12. sayısında yer almaktadır.

Sağlık sistemlerinin güçlendirilmesi, şu anda, Dünya Bankasının sağlık gündeminin en üst sırasında yer almakta olup, ülkelerin başarılı sağlık çıktıları elde edebilmeleri için büyük önem taşımaktadır.

Sağlık sistemlerinin güçlendirilmesinin uygulanması teknik ve operasyonel detaylar arasında bir denge gerektiren karmaşık bir süreçtir. Sağlık sistemlerinin güçlendirilmesi çalışmalarının ne kadar başarılı çalıştığına ve sağlık sistemlerinin performansı üzerindeki etkisine ilişkin ülke kanıtları şimdiye dek yetersiz kalmıştır.

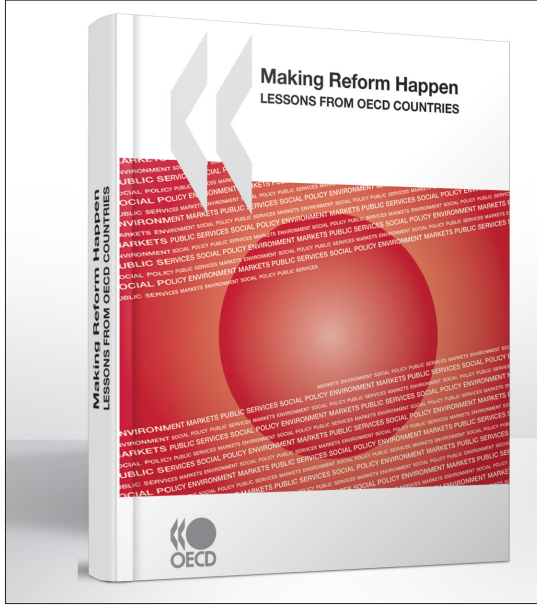
- Türkiye, 2003'ten bu yana, Dünya Bankası tarafından da bir kredi programı ve politika diyalogu aracılığıyla desteklenen sağlık sisteminin güçlendirilmesi reformunu uygulamaktadır. Ülke, sağlık sigortası kapsamının genişletilmesi (özellikle yoksul kesim için), sağlık hizmetlerine erişimin iyileştirilmesi (özellikle kırsal kesimde) ve sağlık sisteminin güçlendirilmesi reformlarının sürdürülmesi için kurumsal kapasitenin inşası alanlarında dikkat çekici başarı elde etmiştir.
- Türkiye'den alınan dersler politik kararlılık ve esnek, sonuç odaklı yaklaşım ile sağlık sistemi güçlendirilmesi müdahalelerinin sağlık sektörü performansına önemli ölçüde etki etmek için başarı ile uygulanabileceğidir.

Öğrenilen Temel Dersler:

- Kapsamlı bir sağlık sistemleri güçlendirilmesi programının tanımlanması ve kilit paydaşlarla erken ortaklık oluşturulması Hükümetin Türkiye'de önemli reformları gerçekleştirmesi için zemin hazırlamıştır. Bununla beraber, kapsamlı sağlık sistemi güçlendirilmesi reformu zaman almaktadır ve Türkiye deneyimi böyle bir stratejiyi uygulamaya koymada esnek ve sonuç odaklı yaklaşımın başarılı olacağını göstermektedir.



- Türkiyede sağlık hizmetlerinin nasıl finanse edileceği, sunulacağı ve düzenleneceği gibi konularda temel yasal ve kurumsal değişiklikler için bastırırken, Hükümet önemli yasal değişikliğe gerek duymadan uygulanabilecek birkaç ilave kritik reform belirlemiştir. Yine de, bu değişiklikler, başta yoksul kesim olmak üzere halka daha iyi sağlık hizmeti sunmak için oldukça etkili olmuştur. Bu da reformlara destek ve Hükümet'e yönelik güven oluşmasına yardımcı olmuştur. Sağlık sistemlerinin güçlendirilmesinde bu tarz devasa (big-bang) reform ihtiyaçlarını kademe kademe ilerleyen bir yaklaşımla dengelemek birçok ülke için bir realitedir ve bu iki yaklaşımın nasıl dengeleneceğine dair Türkiyeden öğrenilecek birçok husus vardır.
- Hastane özerkliği veya devlet hastanelerinin özelleştirilmesi birçok ülkede politik olarak en çok tartışmalı reformlar arasında yer almaktadır. Bundan dolayı, bu önemli sağlık sistemleri güçlendirilmesi reformunda ülkelerin çok az ilerleme kaydetmesi bir sürpriz değildir. Yine de kamu hastane reformu olmadan, sağlık sistemleri güçlendirilmesinin önemli bir öğesi tamamlanmamış olacaktır. Bu durum kalite, verimlilik ve hakkaniyet hedeflerinin elde edilmesini etkilemektedir. Türkiye tecrübesi göstermektedir ki hizmet sunumu üzerine (özellikle yoksul kesim için) büyük ve hızlı etkisi olan kademeli değişiklikler gerçekleştirilirken kamu hastane reformuna uzun vadeli bakmak mümkündür.



D. Making Reform Happen Lessons from OECD Countries

Reformun Gerçekleştirilmesi OECD Ülkelerinden Dersler

Yayın Yılı: 2010

Yayımlayan Kuruluş: OECD

Yazarlar: Jeremy Hurst (Bölüm 7)

Bu raporda 9 bölüm hâlinde mali konsolidasyon, vergilendirme, çevre, istihdam, sağlık, eğitim, kamu yönetimi, rekabet ve düzenlemeler alanlarında OECD üyesi ülkelerde yürütülmüş ya da yürütülmekte olan reform çalışmalarından söz edilmektedir. Raporun temel amacı bu reformlar hususunda farklı ülkelerin

tecrübelerinin paylaşılması, görüşlerin aktarılması ve uygulamaların mukayese edilmesidir. Bu sayede büyük yapısal reformlara yeltenen ülkelere bu tecrübeyi yaşamış olanların görüşlerinin ışık tutması hedeflenmektedir.

Raporun 7. bölümünde “Effective ways to realise policy reforms in health systems” başlığı altında sağlık reformlarına değinilmektedir. OECD ülkelerinde sağlık sistemleri reformlarına yardımcı olan, kolaylaştıran ya da mani olan faktörler anlatılmaktadır. Bu hususta aralarında Türkiye'nin de olduğu 5 ülkenin sağlık reformu tecrübelerine yer verilmiştir.

Bu bölüm iki kısımdan oluşmaktadır. Birinci kısım sağlık sisteminde reform yapılması ihtiyacına odaklanmıştır. Burada, reform uygulamalarının başarı ya da başarısızlığını etkileyen faktörleri ortaya koyan genel bir çerçeve sunulmuştur. Sağlık sistemi reformlarının yönetimini ve hükümetlerin kontrolü altında olan, reform çalışmalarında etkin kılınacak ya da etkisizleştirilecek faktörler belirlenmiştir.

İkinci kısımda ise reform çalışmalarına örnek teşkil etmek üzere 5 farklı OECD ülkesindeki reform çalışmaları değerlendirilmiştir. Bu değerlendirme, OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri raporları baz alınarak yapılmıştır (Finlandiya, Kore, Meksika, İsviçre ve Türkiye).



Raporda, Türkiye'deki sağlık reformlarının anlatıldığı bölüm şu şekildedir:

Türkiye: Artan Kalite ve Verimlilik

“Türk sağlık sistemi, 2003'ten beri derin bir yapısal değişim geçirmektedir. 2003 öncesinde sistem, çalışanların ve onların bakmakla yükümlü olduğu nüfusun farklı kısımları için bir dizi sosyal sağlık sigortası türünün bileşimi idi: Farklı sigorta programları, çeşitli sınırlarda sağlık hizmeti sunmaktaydı. Yoksullar için sosyal yardım programı (yeşil kart) uygulanmaktaydı. Bu düzenlemelerde, hem çakışmalar hem de boşluklar bulunmaktaydı. Dahası, sunum kısmında ciddi problemler mevcuttu, yani sigortalı kişiler bile her zaman uygun hizmetlere erişememekteydi. Örneğin, birinci basamak hizmetleri, genellikle kalabalık olan hastane polikliniklerinin aşırı kullanımına yol açacak şekilde zayıftı. Ayrıca, sağlık hizmetlerine erişimde ciddi miktarda coğrafi eşitsizlikler vardı. Her ne kadar, 2003 öncesinde Türkiye'de sağlık durumunda kısmi iyileşmeler olsa da karşılaştırılabilir yaşam standardı olan ülkelerle kıyaslandığında, doğuştan beklenen yaşam süresi, bu ülkelerin ortalamasının altında ve bebek ölümleri bu ülkelerin ortalamasının üstünde idi. Çıktılar hakkında kısıtlı veri mevcuttu; Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti, on Avrupa ülkesinin oluşturduğu grubun ortalamasının oldukça altındaydı.”

“Sağlıkta Dönüşü Programı” Verimlilik ve Hizmet Kalitesine Çözüm Arayışında

“Sağlıkta Dönüşüm Programı, kapsamlı bir reform süreci olup yeni atanan Adalet ve Kalkınma Partisi Hükümeti tarafından 2003 yılında başlatılmıştır. Temel amaçlarından birisi, var olan sosyal güvenlik türlerini ve yeşil kart yönetimini, genel sağlık sigortasını sağlayacak olan tek bir kurum altında toplamaktır. Bir satın alıcı/hizmet sunucu ayrımı kurulacaktır ve kamu hastanelerine otonomi verilecektir. Aile hekimliği, kişi başına ödemeler ve kapı tutuculuk özelliğiyle Türkiye çapında uygulanacaktır. Çalışanlara ve bilişim sistemine yatırım yapılacaktır. SDP'nin, 2003-2013 yılları arasında uygulanması planlanmaktadır. Türkiye'nin merkezî bir yönetim yapısı olmasına rağmen; bu reform, sağlık sektöründe sorumluluğu olan birçok farklı bakanlığın iş birliğini gerektirmektedir. Bunlar arasında Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Maliye Bakanlığı ve Devlet Planlama Teşkilatı sayılabilir. Bu önlemlerin çoğu, 2003'ten çok daha önce düşünülmeye başlanmıştı; ancak 2000-2001 büyük krizi, eylemi geciktirdi. Atılım yapılması ve reformun gerektirdiği siyasi iradenin sağlanması için, AK Parti'nin 2002 yılında elde ettiği güçlü seçim hâkimiyetini, 2007 yılında yinelemesi gerekiyordu.”

“2008'de OECD/Dünya Bankası takımı, Türkiye sağlık sistemini gözden geçirdiğinde SDP'nin henüz yarısı tamamlanmıştı. Genel Sağlık Sigortası, sosyal güvenlik programlarının yeşil kart ile birlikte, Sosyal Güvenlik Kurumu altında birleştirilmesi ile 2008'de başarılı olmuştu. Yeni aile hekimliği uygulaması, nüfusun %20'sine yayılmıştı. Kamu hastaneleri, Sağlık Bakanlığı altında birleştirilmişti ve performans yönetimi sistemi, personelin teşviki için kullanılmaya başlanmıştı.”



“Kamu hastaneleri henüz önemli derecede otonomi kazanamamış olsa da satın alıcı/hizmet sunucu ayrımı başlatılmıştı. Bunun ve diğer ilgili değişikliklerin sonucu olarak, hem birinci basamakta hem de hastane hizmetlerinde büyük bir artış gerçekleşmişti. Aile hekimliği uygulamasına başlanılan illerde birinci basamak sağlık hizmetlerinden memnuniyet büyük bir hızla yükselmeye başlamıştı. Ayrıca, sağlık sisteminden memnuniyette, nüfusun bütününde genel bir artış söz konusuydu. Sağlık harcamalarında keskin bir artış söz konusuydu; ancak bu artış, GSYİH’deki büyümeden hızlı değildi. OECD/Dünya Bankası incelemesi, her ne kadar final değerlendirmeyi yapmak için çok erken olsa da SDP’nin başarılı olduğu ve temel sağlık sistemi reformlarının geliştirilmesi ve uygulanmasında ve temel göstergelerde “iyi uygulama” örneği sergilediği sonucuna varmıştır.”

Türkiye tecrübesi, bu bölümde belirtilen politik ekonomi derslerinin çoğuna örnek teşkil etmektedir.

Bu bölümün ilk kısmında ana hatlarıyla verilmiş olan başarılı bir sağlık sistemi reformu için gerekli koşulların çoğunun, SDP’nin planlanma ve ilk uygulama safhasında Türkiye’de var olduğu görülmektedir.

- Türkiye, kendi sağlık sisteminin performansındaki zayıflıklar konusunda, uluslararası karşılaştırmalarla bilgi edinmiştir (örneğin, OECD ve DSÖ verileri aracılığıyla).
- SDP altında uygulanan reformların benzerleri daha önce Sağlık Bakanlığı ve DPT’nin sağlık reformu çalışmalarını izleyen dönemde 1990’da Ulusal Sağlık Politikası adı altında planlanmıştı. Bunlar daha sonra 1996-2000 yılları arasında kapsayan 7. Kalkınma Planı’nda da belirtilmiştir. Özellikle de aile hekimliği hizmeti konusunda Avrupa ülkelerinde çalışmalar yürütülmüştür.
- Yeni Sağlık Bakanı tarafından güçlü bir liderlik sergilenmiştir.
- Tartışmaya açık olan yapısı, karmaşıklığı ve önerilen reformların olası maliyetleri nedeniyle, reformların yasal süreçte sürdürülmesi ve sonuçların uygulanması için uzun bir dönem -on yıl- ayrılmıştır.

Reform ayrıca, kamu sektörü hizmet sunucularının reformu desteklemesi için motive edilmesi ihtiyacını da hesaba katmaktadır.

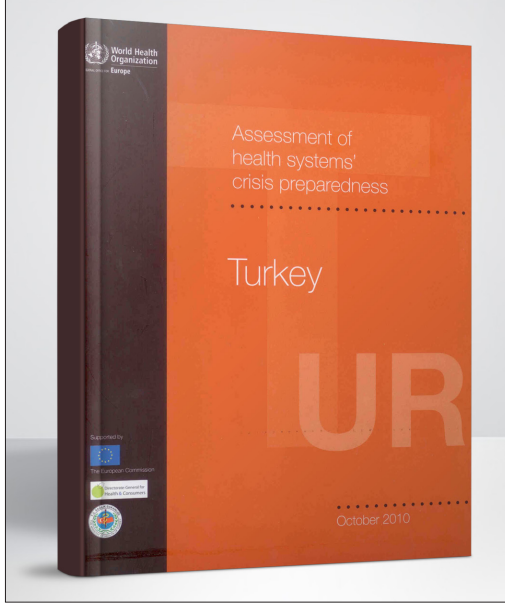
- SDP kapsamında, sağlık personelinin ve kamu hastanelerindeki diğer hastane personelinin, “performansa dayalı ek ödeme sistemi” altında aldığı ek ödemelerin başlatılması konusunda da büyük reformlar yapılmıştır. Sonuç olarak, 2003 ve 2005 yılları arasında doktorların aldığı ödeme oranlarında ciddi artışlar gerçekleşmiştir; kamu hastanelerinde daha önce yarı zamanlı çalışan uzmanların tam zamanlı çalışmaya başlamasında artışlar gerçekleşmiştir; hastane hizmetlerinde artış, doktor başına verimlilikte gözle görülür bir artış ve hastalar tarafından bildirilen, hastane hizmetlerinden memnuniyette büyük ölçüde iyileşme görülmüştür.



- Aile hekimliği uygulamasının başlatılması, birinci basamak doktorlarına daha büyük ödeme ve otonomi vermiş, muayenelerin hastane polikliniklerinden aile hekimlerine göreceli olarak kaydırılması ve birinci basamak hizmetlerinden hasta memnuniyetinde keskin artış gözlemlenmiştir. Bu arada, Türkiye’de 2002-2006 yılları arasındaki güçlü ekonomik büyüme; sağlık sigortası kapsamının genişlemesi, teşviklerde iyileştirme ve hizmetlerdeki artış gibi uygulamalara kaynak sağlanması aısından, reform sürecinin gerçeleştirilmesine yardımcı olmuştur.

Raporun devamında “**Vaka Çalışmaları Bize Ne Anlatıyor?**” başlığı altında bir sentez yapılmıştır. Burada Türkiye ile ilgili özetle şu değerlendirmelere yer verilmiştir:

- Birçok vaka çalışması -özellikle Kore, Meksika ve Türkiye için- güçlü liderlik ve güçlü popüler halk desteği olan yeni seçilen yönetimlerin, sağlık sistemlerinde güçlü yapısal reformlar yapmak için politik “fırsat pencerelerini” ele geçirdiğini kanıtlamaktadır.
- Türkiye’de, yeni performans teşvikleri ile birlikte doktor maaşlarındaki önemli prospektif artışlar, Türk Tabipler Birliği’nin gürültülü ve yoğun muhalefetine karşın, birçok doktorun bireysel olarak ve gönüllülük esasına dayalı şekilde reformlar konusunda iş birliği yapmasını sağlamıştır.



E. Assessment of Health Systems' Crisis Preparedness, Turkey

Sağlık Sistemlerinin Krize Hazır Olma Durumlarının Değerlendirilmesi, Türkiye

Yayın Yılı: 2011

Yayımlayan Kuruluş: DSÖ

Yazarlar: DSÖ Avrupa Bölgesi, Avrupa Komisyonu Sağlık ve Tüketiciler Genel Müdürlüğü ve T.C. Sağlık Bakanlığı ilgili uzmanları

Bu rapor Türkiye'deki sağlık sisteminin krizlere hazırlık düzeyini tarif etmekte ve sebebi her ne olursa olsun, krizlerle başa çıkmak için mevcut düzenlemeleri değerlendirmektedir. Rapor, ülkedeki risk önleme ve zarar azaltma girişimlerini de incelemektedir. Her ne kadar öncelikle ulusal düzeye

odaklanıyorsa da bölgesel düzeydeki kriz yönetim kapasitesi ve kamu kurumları ile bağlantılar da bir ölçüde dikkate alınmıştır.

Raporun sonuç kısmında yer alan tespitler:

“Türkiye afet ve acil durum yönetim sistemini özellikle 1999'daki yıkıcı depremden aldığı dersler üzerine kurmuş ve yönetim ve koordinasyon yapısında çarpıcı iyileşmeler kaydetmiştir. Ancak, aktüel değişikliklerin kurumsal hâle getirilmesi açısından hâlen geçiş evresindedir. Yeni sistem -neyse ki- henüz gerçek hayatta ulusal düzeyde test edilmemiştir.

Türkiye'de krize hazırlık alanında siyasal kararlılık üst düzeydedir ve ulusal ve uluslararası afetlere müdahale kapasitesi kanıtlanmıştır. Acil durum müdahale sistemi güçlü bir yasal çerçeveye sahip olup personel sayısı yeterli ve donanım açısından iyi durumdadır. Ulusal ve bölgesel düzeylerdeki, yönetmelikler ve ayrıntılı talimatlar koordinasyonda bulunacak teşekkülleri, yetki tanımlarını ve acil durum gereksinimlerini belirlemektedir. Tüm idari düzeylerde acil ve beklenmedik durumlara yönelik özel tahsis edilmiş fonlar mevcuttur. Müdahale kaynakları, sağlık tesislerinde ek kapasite ve Acil Durum Yönetim Sistemi (ADYS) her düzeyde (ulus, vilayet ve yerel ölçekte) hizmete hazır durumdadır.

Yatak sayısı, eğitilmiş personel mevcudiyeti, ekipmanların erişilebilirliği, acil durum tedarik malzemeleri ve modern tıp teknolojisi açısından hastaneler büyük bir kapasiteye sahiptir. ADYS; personeli, ambulansları (çoğu tam resüsitasyon kapasitesine sahip), acil durum sevk merkezleri vb. ile iyi kaynaklara sahiptir. Toplumun ve personelin eğitimi ve farklı kurumlarda müşterek tatbikatlar/araştırmalar gibi hazırlık faaliyetleri sürmektedir. Her hastanenin acil duruma hazırlık için özel bir odak noktası ve bir acil durum müdahale planı bulunması şart koşulmuştur.



Toplum düzeyinde sağlığı desteklemeye yönelik faaliyetlere, acil duruma m¼dahale ve bilinçlendirme çalışmaları da dâhil edilmiştir. Acil durumlarda bir risk iletişimi ve halkı bilgilendirme stratejisi mevcuttur.

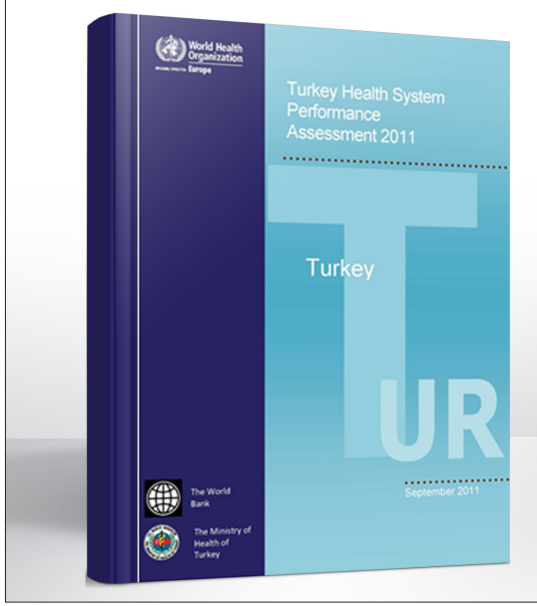
Sağlık Bakanlığı, kritik sağlık tesislerinin yapısal olmayan ve işlevsel zarar görebilirliklerini değerlendirme kapasitesini güçlendirmeyi ve olaydan sonraki ilk 24 saat içinde ilgili karar verme süreci için bir kilit yönetim unsuru olarak hızlı sağlık ihtiyaçları değerlendirmesi yapmayı düşünebilir. Bu, tam ölçekli bir acil duruma hazırlık programının bir parçası olabilir. Türkiye Sağlık Bakanlığı, özellikle Türkiye'yi de etkilemekte olan küresel ekonomik yavaşlama bağlamında, ileri derecede gelişmiş ve donatılmış afet ve acil durum yönetimi sisteminin sürdürülebilir biçimde finanse edilmesi açısından sorunlar yaşayabilir ve kısa ile orta vadede masrafların kontrolü öncelik hâline gelebilir.

Küresel ekonomideki yavaşlama göz önüne alındığında T.C. Sağlık Bakanlığı'nın bu gelişmiş ve tam teçhizatlı afet ve acil yönetim sisteminin finansmanını sürdürülebilir biçimde devam ettirme konusunda güçlükler yaşayabileceği düşünülebilir. Ancak, Türkiye'nin ekonomik göstergelerine bakıldığında gör¼lmektedir ki her ne kadar sağlık harcamaları 2003 yılından bu yana hızla artmış olsa da toplam ve sağlığa yönelik kamu harcamaları karşılanabilir orandadır (24); bunun da en büyük etkeni ülkedeki hızlı ekonomik büyüme olmuştur. Ayrıca, toplam kamu harcamaları ve sağlık harcamaları 2003'ten bu yana paralel seyretmiştir (25).

Türkiye, büyük çaplı afet deneyimi ve böylesine gelişmiş bir afet ve acil durum yönetimi sistemi ile sahip olduğu benzersiz konum sayesinde küresel düzeyde afet riskinin azaltılmasına yönelik eğitim ve araştırmalarda lider rol üstlenebilir.

Bu raporda ana hatlarıyla özetlenen bulgular ve öneriler, ileride Sağlık Bakanlığı ve DSÖ tarafından ortaklaşa yürütülecek projelerde öncelikli alanların belirlenmesinde kullanılabilir. Bu bağlamda Sağlık Bakanlığı, DSÖ'den temel Uluslararası Sağlık Tüzüğü (UST) kapasitelerinin uygulanması ve hastanelerin yapısal olmayan ve işlevsel güvenliğinin değerlendirilmesi için Hastane Güvenliği Endeksi: Değerlendirmeciler İçin Rehber (24) aracının kullanılması konularında katkı isteyebilir. Büyük çaplı bir depremle ilgili eldeki senaryolar kitlesel ölümleri de içerdikten, DSÖ ayrıca afet durumlarında ölü ve kayıplara ilişkin kilit meseleler üzerine bir ulusal çalıştay düzenlenmesine de yardımcı olabilir.

Türkiye, çok sayıda uluslararası ve ulusal operasyonu ile afet hâllerinde tıbbi yardım sağlamak açısından devasa bir deneyim geliştirmiştir. Bu deneyim DSÖ Avrupa Bölgesi'nde paylaşılmalı ve müşterek kapasite artırma faaliyetleri için kullanılmalıdır. Böylelikle, DSÖ ulusal ve uluslararası yöneticiler için halk sağlığı ve acil durum yönetim dersleri geliştirme alanındaki deneyimini Sağlık Bakanlığı ile paylaşabilir."



F. Health System Performance Assessment, 2011 Turkey

Sağlık Sistemi Performans Değerlendirmesi, Türkiye

Yayın Yılı: 2012

Yayımlayan Kuruluş: DSÖ, Dünya Bankası

Yazarlar: DSÖ Avrupa Bölgesi, Dünya Bankası, T.C. Sağlık Bakanlığı ilgili uzmanları

Genel olarak Sağlık Sistemi Performansı Değerlendirmesi'nin gayesi ulusal sağlık sisteminin mevcut performansını artırmak ve iyi sağlık hedefine ulaşma noktasında kaynakların maksimum etkililik ve verimlilikte kullanılmasına yardımcı olmaktır.

Bulgular:

"T.C.Sağlık Bakanlığı'nın SSPD'ye ilişkin sistematik bir yaklaşım benimsemesinin güçlü bir nedeni vardır. SB, Türk sağlık sektörünün yönetişimi, etkinlik ve kalitesini iyileştirmeyi amaçlayan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nı uygulamaktadır. Bu büyük çaplı reform programının başarısının devamı, programın sağlık çıktıları, sonuçları ve yapıları üzerindeki etkisinin izlenmesine bağlıdır. Sağlık Bakanlığı, SDP'nin 2. fazı için (2009) izleme ve değerlendirme kapasitesi oluşturulmasını kritik bir mesele olarak belirlemiştir. İzleme ve değerlendirme, SB Stratejik Planı 2010-2014'ün oluşturulmasının ve SB'nin önümüzdeki iki yıl içinde performansla dayalı bütçelemeye geçme gerekliliği görmesinin ardından daha da önem kazanmıştır. Bu çalışma, tüm sektörlerin (özellikle de sağlık) beş yıllık ve yıllık stratejik planlar ve bütçeler oluşturmasını gerekli kılan mevcut kamu sektörü reformu çalışmalarının da bir parçasıdır.

T.C. Sağlık Bakanlığı, DSÖ Avrupa Bölge Ofisi ve Dünya Bankası SSPD'yi sağlık sistemindeki başarıları ve iyileşmeleri izlemeye ve zorlukları tespit etmeye yardım eden, etkili hizmet kullanımını sağlayan, sistem içinde üretilen/toplanan verilerden gerektiğince yararlanılmasına imkân veren, sağlık sistemi içerisindeki tüm aktörlerce bilgi ve kapasite geliştirme çalışmalarını destekleyen ve daha yüksek hedeflere ulaşmada sektörler arası iş birliğini teşvik eden etkili bir rehberlik aracı olarak değerlendirmektedir."



SSPD Raporu - Temel Sonuçlar ve Politika Tavsiyeleri

“Bu kısımda SSPD göstergeleri, uygulanan politikalar ve performans boyutlarına ilişkin temel bulgular bir araya getirilerek sürecin “öyküsü” ortaya konmaktadır.”

İyi Sağlık, Sağlıklı Yaşam Tarzı ve Çevre, Kullanım Etkililiği

“Sağlık Bakanlığı Stratejik Planı 2010-2014 şu ifadeye yer vermektedir: “Tüm Türk vatandaşları sağlıklı ve müreffeh bir yaşam sürmelidir.” Son yirmi yılda, özellikle de SDP’nin uygulamaya konmasını takip eden son sekiz yılda toplum sağlığı alanında ciddi iyileşmeler sağlanmıştır. Ancak, daha iyi sağlık hizmetlerinin Türkiye’nin tam sağlık potansiyeline ulaşmasında tek başına yeterli olması mümkün görünmemektedir. Sağlığın tıbbi olmayan diğer belirleyicilerinin de (eğitim gibi) sağlık durumu üzerinde ciddi etkilere sahip olduğu yönünde kuvvetli kanıtlar mevcuttur.

Doğumda beklenen yaşam süresi ile 65 yaşta beklenen yaşam süresi toplum sağlığı ile ilgili iki önemli göstergedir. Bunlar, farklı hizmet basamaklarındaki müdahalelerin etkililiğinin yanı sıra, risk faktörleri, insidans ve hastalığın şiddeti gibi genel risk faktörlerinin etkisini de ortaya koymaktadır. Her iki gösterge de 1990’dan bu yana istikrarlı bir iyileşme göstermektedir. Doğumda beklenen yaşam süresi, erken yaşlardaki ölümlerde özellikle de beş yaş altı ölümlerde ciddi azalma sağlanması ile kayda değer bir sağlık kazanımı hâline gelmiştir.

Türkiye’de Bulaşıcı Hastalık Sürveyansının ve Kontrolünün Güçlendirilmesine Yönelik Ulusal Stratejik Plan (2009-2013) yayımlanmıştır. **Bu raporda yer alan veriler bulaşıcı hastalıkların kontrolünde çok iyi neticeler alındığını göstermektedir.** Sıtma eliminasyonunda büyük ilerleme sağlanmış olup son beş yılda ölüm vakası kaydedilmemiştir. Yeni tespit edilen ve laboratuvar teyitli tüberküloz vakaları arasındaki tedavi başarı hızı 2000’de %73’ten 2008’de %92’ye yükselmiştir. 2006’dan bu yana DOTS konusunda atılan etkileyici adımlar 2008’de genel kapsamın (%100) oluşturulmasını sağlamıştır. Şu anda inovatif DGTS modellerinin pilot çalışmaları yapılmaktadır. (sivil toplum kuruluşları ve belediyelerin önemli birer rol oynadığı sağlık hizmetleri ile sosyal hizmetlerin bileşimi). Bunların başarısı yerel makamlar, STK’ler ve SB arasındaki sektörler arası eylemin ve iş birliğinin daha iyi sağlık çıktılarına nasıl katkı sağladığının güzel bir örneğidir.

Ulusal bağışıklama programı çerçevesinde, kapsam ölçüğü büyük olup (hem ulusal hem de kentsel düzeyde) bebekler ve çocuklar 11 antijen içeren aşılarla bağışıklanmaktadır. Bu da Türkiye’nin Avrupa bölgesindeki performans ortalamasını geçmesini sağladı. 2006’dan bu yana 4 yeni antijen eklendi ve 3. doz DTP aşısı alan illerin oranı %90’dan 2009’da %98’e ulaştı. 2003 ve 2005 yıllarındaki yoğun kızamık bağışıklama kampanyalarının, kızamık ve kızamıkçığa yönelik rutin aşılar ve güçlendirilmiş sürveyansla bir araya gelmesinin etkisi, ülkede 2009 yılında hastalığın neredeyse tamamen ortadan kalkmasını sağlamış ve 2010 yılında gözlenen vakalar, dış kaynaklı olmuştur. 2003-2004 ve 2007-2008 döneminde kırsal ve kentsel alanda kanalizasyon altyapısı güçlendirilmiştir.



Sonuçlar kaynaklara göre değişmektedir (hane halkı veya nüfus ve sağlık araştırması) ama hepsi nüfusun çeyreğinin kırsalda daha evvel sahip olmadıkları kanalizasyon altyapısına kavuştuğunu göstermektedir.

Ama bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH) ile ilgili durum üzücüdür. BOH'lar 2000'deki tüm vakaların %70'inin mortalite nedenleridir. Sınırlı örnekler üzerindeki çalışmalar can sıkıcı bir eğilimi göstermektedir. Sorunla mücadelede risk faktörlerinin ve kapsamlarının iyice anlaşılması gerekir. Bu da sağlığın teşviki, koruma, erken tanı, tedaviye erişim ve sektörler arası iş birliği dâhil daha kapsamlı bir yaklaşımı gerektirir.

Hızlı sanayileşme ve nüfus artışının getirdiği bir diğer sorun hava kirliliğidir. Atmosferdeki küçük partiküllerin varlığı devam etmektedir. Bunlar hafifçe iyileşme gösterse de halk sağlığına yönelik tehditlerdir. Ölçümlerin çok yüksek çıktığı kentlerin sayısındaki azalma kentler arasında daha az varyasyona yol açtı ama tek tek kentler bazında sonuçlar ciddi farklılık gösterir. Sağlık Bakanlığı'nın Herkes İçin Sağlık'taki rolü uyarınca kısa ve uzun vadede adımlar atılmalıdır.

Son veriler erişkinlerdeki obezitenin de (BMI>30) hızla arttığını (2000'de 1/5 iken 2010'da 1/3) göstermektedir. Bu Avrupada ve tüm dünyada ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Özellikle kadınlardaki obezite (4/10) alarm vermektedir.

Tütüne karşı önlemlerin etkisi, Türkiye'de çok iyi görülmektedir. Gerçekten de her gün sigara içen (günlük içiciler) 15 yaş ve üzeri Türk nüfusunun oranı 1980'lerin ortalarında %47 iken 2008 yılında %27,4'e ve 2010 yılında %25,7'ye düştü. Bu durum, önemli bir düşüş olduğunu göstermekte ve OECD ülkelerindeki en büyük düşüşü ortaya koymaktadır. Yine de Türkiye'deki sigara kullanım hızı 2007'de OECD'de 2. sıradadır (erkekler arasındaki hız OECD listesininin 2. sırasındadır). 19 Temmuz 2009'da sigara yasağı ile Türkiye tüm sosyal yeme içme mekanları ve toplu taşıma araçları dâhil kapalı alanlarda sigara içilmeyen bir ülke hâline geldi. 2008'den bu yana pasif içiciliğe maruz kalanların oranı da azaldı (Türkiye Erişkin Tütün Araştırması-2010). 2008-2010'da kadınlar ve erkekler arasındaki fark azalmış olsa da hâla mevcuttur.

2004 yılında DSÖ Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi'ni imzalayan Türkiye, DSÖ tarafından tütün kontrolü konusunda ülkelere yol göstermek amacıyla geliştirilen MPOWER: Tütün Salgınına Kontrol Etmeye Yönelik Politika Paketi'nde sunulan stratejilerden çoğunu uygulayarak bu konuda lider ülkelerden biri hâline geldi.

Sigara kullanımı ile koroner kalp hastalığı kaynaklı yüksek mortalite, tütün karşıtı kampanyalarının önemini gösterir. Ülkedeki koroner kalp hastalığı (KKH) prevalansı Avrupadakinden hâlen yüksektir. Risk faktörleri izlenmeli, çok sektörlü müdahaleler geliştirilmelidir. Sağlık hizmetlerinin kalitesindeki artış ve hizmet erişimindeki iyileşme KKH prevalansındaki artışa rağmen KKH mortalitesindeki düşüşe dikkat çeker.



Türkiye'deki BOH'ların prevalansı, insidansı ve risk faktörlerine ilişkin veriler süre ve kapsam açısından sınırlı çalışmalara dayanmaktadır. Bunların izlenmesi için bir bilgi sistemi geliştirilmelidir. Resmi istatistik kaynaklarından güvenilir hayati kayıtlar ve yaralanma verileri alınamamaktadır.

Anne ve çocuk sağlığı 21.yy'da halk sağlığı önceliğidir. Milenyum Kalkınma Hedefleri (MDG) uyarınca yoksulluğun azaltılması ve eşitsizliklerin giderilmesi odak noktadır. Tüm göstergelerde özellikle de bebek ölümlerinde belirgin iyileşmeler vardır (1990'da 69/1.000; 2000'de 36/1.000 ve 2009'da 18/1.000). Anne mortalitesi azaldı. Beş yaş altı mortalitede MDG hedefine ulaşıldı, hedef geçildi. Başarı son 20 yıldaki sosyo-ekonomik iyileştirmeler ve politika girişimleri ile bağlantılıdır. Azalma, karşılaştırılan diğer ülkelerde son beş yılda kaydedilenden çok daha fazladır. Ama çocuk ve bebek mortalitesini tahminde kullanılan uluslararası bazı yöntemler SDP kapsamında elde edilen başarıların etkilerinin tam olarak yansıtılmasına izin vermemektedir. TÜİK ve Sağlık Bakanlığının 2009 ve 2010 değerlendirmelerine bu gözle bakılmalıdır (2009'da 13,1 ve 14 bebek ölümü/1.000 canlı doğum; 2010'da 10,9 bebek ölümü/1.000 canlı doğum). Sağlık hizmetlerine erişim ve yoksulların korunmasında iyileştirmeler olsa da sağlık eşitsizlikleri hâla mevcuttur. Anne ve çocuk mortalitesi bölge ve iller arasında gelir durumuna ve eğitime bağlı olarak değişmektedir.

Koruyucu hizmetlerin, tanı hizmetlerinin ve temel sağlık hizmetlerinin kapsamı iyileşti; bağışıklama hızı, kanser tarama, antenatal bakım ve yenidoğan tarama buna örnektir. Ayrıca acil akut durumlara yanıt için çağrı süresi olan 15 dakika yurt çapında genelleştirildi. Bunlar iyileştirilen mali koruma (hassas nüfusun yeşil kart ile korumaya alınması), iyileşen yanıt verirlilik, (hasta memnuniyeti) ve artan hizmet arzı (SAİK, hizmet kalitesi-verimliliği ve sağlık altyapıları) ile sağlandı. Sosyo-ekonomik düzeye göre bölgeler arası eşitsizlikler hâla var olsa da iyileşme görülmektedir. Hassas-kırılgan nüfusa yönelik, annelerin çocuklarını düzenli sağlık kontrollerine götürmeleri karşılığında verilen şartlı nakit transferi ve TB hastalarına yönelik sosyal hizmetler bunlar arasındadır.

Toplum sağlığında daha fazla iyileşme için kadın-erkek arası farklılıklar azaltılmalıdır. Kadınlar için doğumda beklenen yaşam süresi Avrupa'dakinden azdır, erkekler için benzerdir. Kardiyovasküler hastalıklar ve obezite konusunda kadın-erkek farkı büyüktür. Cinsiyet farkına yönelik müdahaleler gereklidir. Çocuklardaki dengesiz/yetersiz beslenme, bodurluk ve obezite sosyoekonomik kategorilerle uyumludur. Kırılgan nüfusta çifte epidemi riski (obezite ve malnutrisyon) ele alınmalıdır. Anne ve çocuk sağlığı göstergeleri kent ve kırsal arasında eğitim düzeyine göre ciddi şekilde değişmektedir. Erkeklerde sigara kullanımı ile eğitim arasında ters ilişki vardır. Ancak kadınlardaki oran eğitimle birlikte artmaktadır (eğitimsizlerde %4, yüksekokul ve üniversite eğitimi alanlarda %20); bu da kadınların ekonomik durumunun hele ki gelişmekte olan ülkelerde belirleyici olduğunu gösterir.”



Hizmet Sunumu, Verimlilik, Kaynak Üretimi

“Hizmet sunumu, verimlilik, kaynak üretimi BOH, özellikle kardiyovasküler hastalıklardaki artış SB'nin öncelikli konusudur. SDP-II sağlığın teşvikine ve hastalıkların önlenmesine odaklıdır. Bu durum SB bütçe tahsisinde de görülmektedir: Mutlak rakamlar ve kişi başına rakamlarda bu oran artı ama SB'nin genel bütçesi olarak fazla değişiklik olmadı. Kesin sonuç için SGK da dâhil bütçelemenin detaylı analizi gereklidir. Yakın zamanda yayımlanan Türkiye Kardiyovasküler Hastalık Önleme Kontrol Programı, tütün tüketimi ve pasif içicilikteki azalma, obezite ve dengesiz beslenmenin azaltılması ile fiziksel aktivitenin önemine dikkat çekmektedir.

Temel Sağlık Hizmetlerinin (TSH) güçlendirilerek diğer hizmet basamakları ile bütünleştirilmesi Türkiye'de uygulanan aile hekimliğinin kilit önceliğidir. Çalışma 2005'te başladı 2010'da tamamlandı. Mevcut durumu değerlendirme çalışmaları sürmektedir ama ilk bulgular olumludur. Bu çalışmalarda daha fazla muayene ve üst basamaklara daha az sevk ile TSH'nin güçlendirildiği görülmektedir.

Sağlık hizmetlerine erişim artıkça nüfusun kamu sağlık hizmetlerine güveni ve bu hizmetlerin kullanımı da artı. Ombudsmanlık ve hasta memnuniyeti araştırmaları gibi mekanizmalar hastaların sesini duyurmaktadır. Türkiye'deki aile hekimliğinin bir özelliği de herkesin belirli bir aile hekimine kaydolma zorunluluğudur. Böylelikle hasta ile hekim arasında kişisel yakınlık kurulum, hizmetin devamlılığı ve hasta memnuniyeti iyileştirilir. Sağlık hizmetleri ve farmasötiklerin kalitesi ve güvenliği ile ilgili güçlü izleme ve raporlama mekanizmaları oluşturulmalıdır.

Hizmet talebindeki artışın sağlık hizmetleri üzerinde meydana getirdiği baskıya yanıt vermek için kapasite ve verimlilik konusunda çok hızlı adımlar atılması gerekirdi. Bu da koruyucu hizmetler ile tanı hizmetleri ve TSH'yi kapsam olarak büyüttü. Arz tarafında ise sağlık sistemi altyapısı ve işgücünde iyileştirmeler yapıldı. SDP-I öncesinde, Türkiye'nin sağlık hizmeti kaynakları (kurumlar, yataklar, ekipman, çalışanlar) diğer orta gelir grubu ülkelerin gerisinde iken bugün nitelik ve nicelikte ciddi iyileşmeler görülmektedir.

Türkiye'de sağlık çalışanı sayısı çok azdır, bu nedenle temel yatırımları mali ve mali olmayan teşviklerle birleştiren adımlar atıldı ve sağlık çalışanlarının verimliliği ve tatmini iyileştirildi. Kamu hastanelerinde uygulanan Performansa Dayalı Ödeme Sistemi bunların merkezindedir. Bu sistem hem kurumsal hem de bireysel verimliliği iyileştirmeyi amaçlar, verimliliği prestijle birleştirir, verimlilik, kalite (normlar) ve çalışma şartları (ayrı muayene odaları) konusunda iyileştirmeler yapar. Sistemle birlikte yarı zamanlı özel muayenehane sayıları azaldı ve uzmanların gelirleri artı. Çalışmalar şu anda DSÖ Avrupa tarafından değerlendirilmektedir.”



Sağlık Finansmanı, Mali Koruma

“SDP’nin 2003’te uygulamaya konmasından önce Türkiye’de sağlık finansmanında dört temel sorun vardı: (i) benzer gelire sahip diğer ülkeler ve OECD ortalamalarına kıyasla kamu sağlık harcaması düşüktü, (ii) sağlık sigortası kapsamı artı ama özellikle yoksullara yönelik farklılıklar vardı, (iii) parçalı risk havuzları verimsizliğe neden oluyordu ve (iv) büyük miktardaki cepten ödemeler erişimin önünde, özellikle yoksullar için engeldi (OECD Sağlık Sistemleri İncelemeleri-Türkiye, 2008).

SDP sağlık finansman politikasının tüm boyutlarını ele aldı. Gelişmeler şöyle özetlenebilir:

- Kamu sağlık harcaması GSYİH’ye paralel artı (mali sürdürülebilirlik sınırlarında). Genel devlet harcamasının yüzdesi olarak kamu sağlık harcaması istikrarlı şekilde artmaktadır-2000’de %8’den 2008’de %13’e (on yılda %50’lik artış). Bu, benzer harcama düzeyine sahip OECD ve AB ülkeleri ile karşılaştırılabilir. Bu, devletin sağlık politikalarına verdiği önemi ve önceliği kanıtlar.
- Önceden parçalı olan sağlık finansman havuzları birleştirildi. Farklı sosyal sigorta kuruluşları SGK çatısında birleştirildi. İlgili yasanın son hâli herkes için aynı fayda paketini sağlamaktadır (kamu ve özel sektör hekimlerine erişim, ayaktan tedavi, ilaçlar).
- SGK, özellikle de gayriresmi sektörden prim toplamak için çeşitli stratejiler geliştiriyor. Devletin katkıda bulunması gereken hâller hariç (yeşil kart) herkes sağlık sigortası sistemine kaydolmak ve katkı sağlamak zorundadır.
- Satın alma düzenlemeleri konusunda ilerleme kaydedildi. Risk havuzlarının konsolidasyonunun Sağlık Bakanlığı, üniversite hastaneleri, özel hastaneler ve sağlık kuruluşlarıyla yapılan sözleşmeler vasıtasıyla Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)’nu sağlık hizmetlerinin kilit alıcısı yapması bekleniyordu. Fakat bu konsolidasyon beklenenden fazla sürdü ve hâlen sürmektedir. Bu bağlamda dönüştürülmüş ve geçişken alım düzenlemeleri ortaya çıktı. Şu anda bütün Sağlık Bakanlığı hastanelerinde performansa dayalı ödeme düzenlemeleri vardır. Sağlık Bakanlığı, tanı ile ilişkili gruplara (TİG) dayalı olarak vaka bazlı ödemeler uygulamaya başlamaktadır. TİG’lerin uygulamaya geçirilmesi, tıbbi prosedürlere yönelik fiyatları standardize edecek ve hastanelerde daha yüksek verimliliği teşvik edecektir.

Vatandaşlarına genel kapsam sağlanmasına yönelik hükümetin çabaları, somut sonuçlar verdi. Şu anda daha az aile katastrofik sağlık harcamalarıyla ve sonrasında yoksullaşma riskiyle karşılaşmaktadır. 2000 yılında %70 olan sosyal koruma kapsamındaki nüfus, 2004 yılında %85’e ulaştı ve daha sonra hızla artarak 2010 yılında tam kapsama yaklaştı (%98).



Esasında sadece kapsam açısından değil kapsam derinliği açısından da önemli iyileşmeler oldu-özellikle yoksul haneler için. Örneğin ayakta hasta teminatları ve ayakta hasta ilaçları, 2004 yılında yeşil kart (hassas nüfusa yönelik katkı planı değil) kapsamına alındı. Sağlık sigorta sistemi vasıtasıyla genel kapsamı artırmaya çalışan ülkeler, Türk deneyiminden önemli dersler çıkartabilir. Dar, hastane bazlı bir paket, yeterli kapsam sağlamaz ve ilaçlar genelde hane harcamalarının büyük bir kısmını oluşturur. Bu nedenle kapsamın derinliğini iyileştirmek kritik önem arz etmektedir. SDP'nin önündeki zorluklardan birisi, bu sağlık finansmanı dönüşümlerini, (i) SGK kapsamındaki risk havuzlarının konsolidasyonunu tamamlamak ve (ii) SGK'yi tüm alım işlevlerini üstlenme konusunda teşvik etmek yoluyla ilerletmektir.”

Liderlik ve Yönetişim

“SDP'nin uygulanmasına yönelik başarı faktörlerinden bir tanesi, değerleri ve yol gösterici ilkeleri belirleyecek vizyon ve liderliğin önemi ve politika uygulamasını sürdürme kararlılığıdır” (Baris ve ark. 2011).

“Bütün bileşenlerin değişime yönelik vizyon ve öncelikleri tam olarak anlamasını sağlayacak, istenen değişimlere katkıda bulunmaları için bu bileşenlerin görev ve sorumluluklarını kucaklamalarını destekleyecek ve daha iyi, daha yüksek performanslı sağlık sistemlerine doğru hareketi mümkün kılacak ortak bir hesap verebilirliği teşvik edecek bir şekilde sağlık sistemlerini yönetme konusunda hükümetler kilit bir zorlukla karşılaşmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın da takdir ettiği üzere sağlık sistemi işlevlerinin birbirine bağımlı olması, tutarlı bir yaklaşım ve koordine eylem gerektirir. Güçlü ve istikrarlı liderlik, Türk ulusal sağlık sisteminde kullanım, etkinlik ve sağlık sonuçları alanında büyük iyileşmeler oluşturan önemli reformların uygulanmasına imkân tanıdı.”

Bu sonuçlar;

- i. sağlık sistemine yatırım yapmak (kapasite oluşturmak üzere kaynak oluşturmak),
- ii. sağlık çalışanları için teşvikler geliştirmek (altyapının daha verimli şekilde kullanılması için),
- iii. temel sağlık hizmetlerine yönelik talebi teşvik etmek amacıyla (sağlık sistemine duyulan güven ve inancın artması ve en hassas nüfusu ele alan hedefe yönelik müdahaleler vasıtasıyla) alınan ve bir yandan da koruma ve sağlığın teşvikinin önemini kabul ederek ve sektörler arası eylemi destekleyerek uygulanan çeşitli tedbirler sayesinde elde edildi.
- iv. Her politika tedbiri önem arz eder ancak Türkiye ortamında kilit özellikler, bunların tutarlı ve koordineli bir biçimde ele alınıyor olması ve reform programının dikkat çekecek derecede kısa bir sürede uygulanmış olmasıdır.

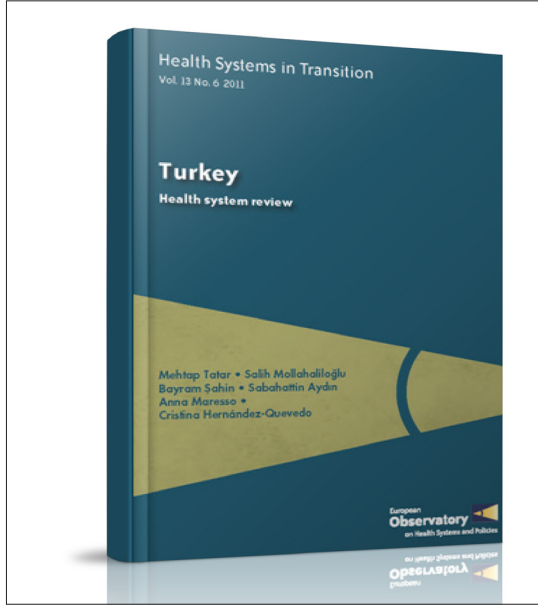


“SDP için yol gösterici ilkeler; insan odaklı bir yaklaşım, çoğulculuk, güçler ayrımı, merkeziyetçilikten uzaklaşma ve rekabetçiliktir. Bu amaçlar; Sağlık Bakanlığı’nın görev ve sorumluluklarının “daha çok yönlendiren ve daha az kürek çeken” şeklinde yeniden tanımlanması, kaynakların daha verimli tahsisi ve kullanımını sağlamak üzere sağlık hizmetlerinin sunumunun ve finansmanının ayrılması ve teknik verimliliği iyileştirmek ve yönetimi güçlendirmek üzere kamu hastanelerine yönelik mali ve idari özerkliğin artırılması vasıtasıyla yönetim mekanizmalarında radikal bir yeniden yapılanma olmasını öngörmektedir.

Tallinn Şartı: Sağlık ve Refah İçin Sağlık Sistemleri’nin (DSÖ, 2008) temel mesajı ile sağlık harcamalarına yönelik kamu taahhüdünü sürdürme yeterliği arasında çok önemli bir bağlantı bulunmaktadır: Sağlık sistemlerinin iyi performans göstermesi gerekir. SDP’nin iki fazı esnasında büyük yatırımların yapıldığı Türkiye’de bu durum çok net biçimde görülmektedir ve Sağlık Bakanlığı performans dayalı bütçelemenin uygulanması için pilot bir kuruluştur. Kamu mali yönetiminin yeniden yapılandırılması; kamu sektöründe hesap verebilirlik, mali şeffaflık, disiplin ve maliyet etkinliğin teşkil edilmesine yardımcı olmalıdır. Sağlık Bakanlığı performans dayalı bütçeleme ve stratejik planlama faaliyetlerini başlatan pilot kuruluşlardan biridir.

Türkiye SSPD raporunu hazırlama süreci, bazı göstergelerin toplanmasını çok zorlaştıran bilgi sistemindeki parçalı yapının ve boşlukların altını çizdi. Bilhassa sonuçları; (hane halkı anketi verilerine dayalı birkaç gösterge haricinde) cinsiyet, gelir dilimi veya eğitime göre ayırtırmak mümkün olmadı. Bu SSPD’ye yönelik olarak yapılan dağıtım analizinin büyük kısmı, bölgesel farklar veya il farklarının gözlemine dayalıdır. Yukarıdaki sınırlı ama önemli gözlemlerde belirlenen sağlık ve cinsiyet boşluklarını ele almak amacıyla kapsamlı bir sağlık ve cinsiyet eşitliği surveyans sisteminin kurulmasının gerektiği tavsiye edilmektedir (CSDH, 2008).

Sağlık Bakanlığı, tüm sektörlerde sağlık sorumluluğuna dair farkındalığı artırmanın ve iyileşmiş sağlığa doğru sektörler arası eyleme liderlik etmenin önemini farkındadır. Örneğin, tütün kontrolü alanında kapalı alanlarda sigara içilmesinin tamamen yasaklanması ve tütün ürünlerindeki verginin artırılması gibi önemli adımlar hâli hazırda uygulamaya geçirildi. Bu ilerlemeler, en üst düzeyde güçlü taahhüt gösterilmesiyle sağlandı. 2010 yılında Sayın Başbakan Recep Tayyip Erdoğan, DSÖ Genel Direktörü’nün Küresel Sigara ile Mücadele 2010 Yılı Özel Ödülü’nü aldı. Sağlık Bakanlığı; uluslararası sağlık turizminin ilgisini çekecek uluslararası tanınmayı elde etmek amacıyla uluslararası iş birliğini geliştirerek, uluslararası kalkınmayı destekleyerek ve Türk sektöründe sağlanan kalite iyileşmesini devam ettirerek bu hususta Türkiye’de ve uluslararası alanda liderlik yapma ihtiyacının farkındadır.”



G. Health Systems in Transition, Turkey Health System Review

Türkiye Sağlık Sistemi İncelemesi

Yayın Yılı: 2011

Yayımlayan Kuruluş: Avrupa Sağlık Sistemleri ve Politikaları Gözlemevi

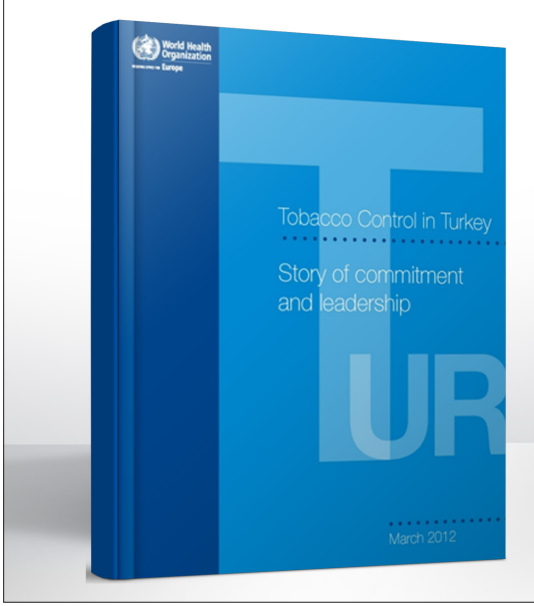
Yazarlar: Mehtap Tatar, Salih Mollahaliloğlu, Bayram Şahin, Sabahattin Aydın, Anna Maresso, Cristina Hernandez-Quevedo

Değişen Sağlık Sistemleri (Health Systems in Transition) raporları, Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi bünyesinde faaliyet gösteren Avrupa Sağlık Sistemleri ve Politikaları Gözlemevi tarafından hazırlanan ülke

temelli raporlardır. Sağlık sistemleri ve uygulanmakta olan ya da geliştirilen reform girişimleri hakkında analitik tanımlamalar sunarlar.

Raporda yer alan tespitler özetle şu şekildedir:

- Doğumda beklenen yaşam süresi 2010 yılında erkeklerde 71,8'e, kadınlarda 76,8'e yükselmiştir. Bu alanda 2003 ve 2010 yılları arasındaki doğrusal artış hızı ile Türkiye, DSÖ Avrupa Bölgesi'nin en hızlısı olmuş ve daha önce var olan farkı daraltmıştır.
- Türk sağlık sistemi, 2003 yılından bu yana geniş kapsamlı bir reform sürecinden geçmektedir. Gerek sağlık hizmetlerinin sunumunda gerekse de finansmanında köklü değişiklikler olmuştur.
- 2003'ten bu yana hayata geçirilen en önemli reformlar şunlardır:
 - Halkın sağlık durumundaki dikkate değer iyileşmeler
 - Genel sağlık sigortasının yürürlüğe girmesi ve bu sayede vatandaşlara mali koruma sağlanması
 - Sağlık hizmetlerinde finansman ve hizmet sunumunun ayrılması
 - Ülke genelinde aile hekimliği uygulamasının başlatılması
 - Sağlık Bakanlığı hastanelerinde performansa dayalı ek ödeme sistemine geçilmesi
 - Kamuya ait hastanelerin Sağlık Bakanlığına devri
 - Toplumun bütününe hizmet verecek şekilde kaliteli ve erişilebilir sağlık hizmeti sunumunun geliştirilmesi



H. Tobacco Control in Turkey, Story of Commitment and Leadership

Türkiye’de Tütün Kontrolü, Bir Kararlılık ve Liderlik Öyküsü

Yayın Yılı: 2012

Yayımlayan Kuruluş: Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi

Yazarlar: Nazmi Bilir, Hilal Özcebe, Toker Ergüder, Kristina Maurer-Stender

Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi tarafından hazırlanan bu raporda tütün kontrolünde başarıya ulaşmak için neler yapılması gerektiği anlatılmaktadır. Bu noktada ülkemizde yürütülen tütün kontrol

faaliyetleri anlatılmakta ve diğer ülkelere de örnek olacak kararlılık ve bu hususta sergilenen liderlik vurgulanmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Direktörü Zsuzsanna Jakab, kitabın önsözünde şunları söylemektedir: “Türkiye ciddi bir tütün epidemisi ile karşı karşıya. Yaklaşık 16 milyon yetişkin, sigara kullanıyor. Sigara en önemli halk sağlığı sorunu ve önlenemez ölümlerin de en başta gelen nedeni. Sağlığa verdiği bu zararların dışında tütün kullanımının bir de ekonomik sonuçları var. Tütün mamullerine ödenen para yıllık olarak yaklaşık 20 milyar dolar ki bu Sağlık Bakanlığı bütçesinin yaklaşık 4 katı. Türkiye yüksek sigara içme prevalansı olan bir ülke. Aynı zamanda önemli bir tütün üreticisi. Buna rağmen son yıllarda tütünle mücadelede gözü pek ve cesur adımlar attı. Bu hususta hükümetin sergilediği kararlılık ve liderlik sayesinde Türkiye, artık hem bölgesinde hem de küresel ölçekte “model bir ülke” hâline gelmiştir. Vergilendirme politikaları, kapalı mekânlarda sigara içilmesine getirilen kısıtlamalar gibi tedbirlerle Avrupa’da lider konumdadır. Türkiye’de hâlihazırda devam eden bu uygulamalar binlerce insanın hayatını kurtarmıştır ve kurtarmaya devam etmektedir. Bu durum dünyadaki pek çok ülkeyi de Türkiye örneğini takip etme noktasında cesaretlendirmiştir.”

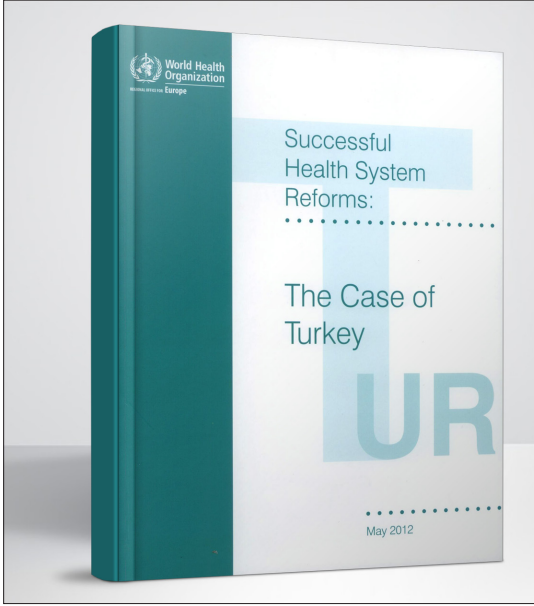
Raporda yer alan tespitler özetle şu şekildedir:

- Türkiye’de tütün kullanımının köklü bir mazisi vardır ve sigara içme oranları da oldukça yüksektir. hâl böyle olmasına rağmen tütünle mücadelede çok büyük bir mesafe katedilmiştir.
- 2008 yılında çıkarılan 5727 sayılı Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun ile Türkiye, bu alanda dünyanın lider ülkelerinden biri hâline gelmiştir.



Bu başarının elde edilmesinde 3 temel faktör vardır. Bunlar:

- I. Hükümetin bütüncül yaklaşımı ve siyasi istikrar
 - II. Güçlü medya kampanyaları
 - III. Güçlü sivil toplum örgütlerinin varlığı
- Yapılanlara ilave olarak ilgilenilmesi gerekli diğer birtakım hususlar da şunlardır:
 - I. Özel mülklerde, arabalarda sigara içilmesi
 - II. Hamilelik ve emzirme esnasında sigara içilmesi
 - III. TAPDK tarafından yapılması gereken satış noktalarında denetim ve düzenlemeler
 - IV. Uygulamaların denetimi ve ihlallerin önüne geçilmesi
 - V. Tütünle mücadele tedbirlerinin etkililiğinin takibi
- Rapor, “Türkiye tamamıyla tütünsüz bir ülke olma yolunda ilerlemektedir.” cümlesi ile sona ermektedir.



I. Successful Health System Reforms: The Case of Turkey

Başarılı Sağlık Sistemi Reformları, Türkiye Örneği

Yayın Yılı: 2012

Yayımlayan Kuruluş: Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi

Yazarlar: Dr. Anne Johansen, Dr. Ann-Lise Guisset

Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi tarafından hazırlanan bu rapor 65. Dünya Sağlık Asamblesinde yer alan "Sağlık Hizmetlerine Hakkaniyetli Erişim, Ülkelerin Sağlık Reformları Tecrübelerinden Kesitler" başlıklı teknik brifingin alt yapısını oluşturmak üzere hazırlanmıştır. Bu rapor aynı zamanda Dünya Sağlık

Örgütü'nün Ulusal Sağlık Politikaları, Stratejileri ve Planları Üzerine Küresel Öğrenme Programı'na bir vaka çalışması olarak da tasarlanmıştır. Bu raporun hazırlanmasındaki temel gaye sağlık sektöründe dönüşüm yapma arzusunda olan ülkelere öğrenilen derslerin aktarılabilmesi için Türkiye'de gerçekleştirilen sağlık reformlarının ve sağlık sistemlerini güçlendirme çabalarının analiz edilmesidir.

Raporda yer alan tespitler özetle şu şekildedir:

- Yeni bin yılın başında Türkiye'deki sağlık sektörünün performansı sağlık sonuçları, mali koruma ve hasta memnuniyeti penceresinden bakıldığında hem OECD ülkeleri arasında hem de DSÖ Avrupa Bölgesi'nde en alt sırada idi.
- Sağlık sisteminden memnuniyetsizlik o derece fazla idi ki hükümet 2002'nin sonunda iş başına geldiğinde sağlık sektörü reformunu önemli bir önceliği addetmiştir. 2010 yılına gelindiğinde bu durum çarpıcı bir biçimde değişmiştir.
- Özellikle doğumda beklenen yaşam süresinin 2000 yılında 71 iken 2009 yılında 75'e çıkması göreceli olarak kısa bir zaman diliminde elde edilen çok önemli bir gelişmedir.
- Bebek ve 5 yaş altı çocuk ölüm hızlarında da büyük düşüşler olmuştur. Bu azalmada aşılama oranlarının yükselmesinin ve bağışıklama programlarının genişlemesinin katkısı büyüktür.
- Anne ölüm oranlarında da hastanelerde gerçekleşen doğum yüzdelerindeki artışların da katkısı ile belirgin düşüşler olmuştur.
- Aynı şekilde etkileyici olan bir başka husus da sağlık sektöründen duyulan genel memnuniyetin 2003'te %39.5'ten, 2011'de %75.9'a çıkmasıdır.



- Bu sonuçlar sağlık hizmetlerine erişimi iyileştirmek gayesiyle sağlık sektörüne büyük yatırımlar yapılması ile elde edilmiştir. Sadece toplam kaynakların artırılması ile yetinilmemiş aynı zamanda bunların coğrafi dağılımları da iyileştirilmiştir.
- BT, MRG gibi daha ileri teşhis araçlarına erişim, ambulans temini ve erişkin ve yenidoğan yoğun bakım yataklarının sayıları belirgin bir biçimde artmıştır. Sağlık hizmet sunumundaki bu genişleme sağlık hizmetlerinden yararlanmada iyileşmeye, aşılama oranlarının ve doktorların verimliliğinin artışına katkıda bulunmuştur.
- Elbette bu başarılar bedavaya olmamıştır. 2003'te tüm kamu harcamaları içerisinde sağlık harcamalarının oranı %9,74 iken bu oran 2008 yılında %12,8 olmuştur. Bu diğer sektörlerin yanında sağlığa verilen önceliğin bir göstergesidir. Bu süre zarfında toplam gayrisafi milli hâsıla içerisindeki sağlık harcamalarının oranı ise %5,3'ten %6,1'e yükselmiştir. Bunun sebebi aynı dönemde yaşanan ekonomik büyümedir. Bu hususta güncel veriler göstermektedir ki harcama oranlarındaki bu artış hızı yavaşlamakta ya da tersine dönmektedir. Gerçekten de faiz dışı toplam kamu harcamaları içerisinde kamu sağlık harcamaları oranlarına baktığımızda bunun 2003'te 14,7'den 2008'de 15,2'ye yükseldiğini, 2011'de ise bu oranın 13,1 olduğunu görüyoruz.
- Türkiye ne yaptı da bu başarıları elde etti? Bu reformlardan ne gibi dersler çıkarılabilir? Bu soruların cevapları elbette basit değil. Bunun altında kısmen Sağlık Bakanlığının reformlara yaklaşırken izlediği analitik ve sistematik yol, kısmen reformları birbiri ardına gerçekleştirirken atılan stratejik adımlar, kısmen de diğer bazı faktörler yatmaktadır.
- Türkiye'deki sağlık reformları diğer ülkelerdeki reformistlere birtakım dersler sunmaktadır. Daha da önemlisi kısa bir zaman diliminde ve doğru koşullar altında, sağlık sistemlerinde büyük başarılar elde edilmesinin mümkün olduğu ortaya konmuştur.
- Birileri çıkıp Türkiye'deki bu durumun kendine özgü olduğunu çünkü bu işleri başarmaya uygun bir politik zemin ve ekonomik koşullar olduğunu söyleyebilir. Ancak bu iki durumun yokluğunda dahi Türkiye'den öğrenilecek dersler diğer ülkeler için faydalı olacaktır. Bu dersler reformların sıralanması ve derecelendirilmesi, sonuç odaklılık, hedeflerin net bir biçimde ortaya konması ve hedefler doğrultusunda kaydedilen ilerlemenin hem resmi hem de gayriresmi yollarla izlenmesi, bu yolla yeni ya da çıkması muhtemel sorunlara karşı çözümler geliştirilmesi olarak sayılabilir.
- Sonuç olarak, diğer ülkelerin Türkiye'nin tecrübelerinden öğrenebilecekleri çok şeyler var. Bunlar performans dayalı ödeme sistemi, özerkleştirme ve aile hekimliği gibi belli spesifik alanlarda olabileceği gibi pozitif bir havanın reformların ivmesinin sürdürülebilirliğine nasıl katkı yaptığı konusunda da olabilir.
- Mali koruma noktasında da etkileyici iyileşmeler kaydedilmiştir.



Makaleler

A. Journal of Healthcare Finance, Outsourcing Profile in the Turkish Health Care System, 2009

Türk Sağlık Sisteminde Kurum Dışından Hizmet Alımı Uygulamaları

Türk Sağlık Sistemi'nde Kurum Dışından Hizmet Alımı konulu bu makale 2009 yılında Journal of Healthcare Finance'de yayımlandı. Yazarları Salih Mollahaliloglu, Sahin Kavuncubasi, Hakkı Gursoz, Ismail Agirbas, Hakan Oguz Ari, Hasan Gokhun Oncul, Recep Akdag and Mustafa Z. Younis'tir. Burada yapılan çalışmanın temel amacı Türkiye'de Sağlık Bakanlığı hastanelerindeki hizmet alımı uygulamalarını tanımlamaktır.

Sonuçlar ve Politika Üzerindeki Etkileri

“Bu çalışmanın temel amacı Türkiye'de Sağlık Bakanlığı hastanelerindeki hizmet alımı uygulamalarını tanımlamaktır. Sağlık Bakanlığı hastanelerinin satın aldığı hizmetlerin sıklığı, türü ve muhtevası son on yılda kayda değer bir biçimde artı ve tahminlere göre de artmaya devam etmektedir. Diğer çalışmaların sonuçları ile de uyumlu olacak biçimde, bu çalışma göstermektedir ki hizmet alımı uygulamaları destek hizmetlerinden hastanelerin idari ve klinik işlevlerine doğru yayılmaktadır. Özetle, hizmet alımı hastane yöneticileri için cazip bir seçenek hâline gelmektedir.

Sağlık Bakanlığı hastanelerinde destek hizmetlerin satın alınmasına kıyasla ana hizmetlerin satın alınmasına daha az rastlanmaktadır. Lakin klinik hizmetlerin satın alınmasının hızla büyümesi beklenebilir, çünkü Sağlık Bakanlığı hizmette devamlılık ilkesinden hareketle yöneticileri hastane içinde hastaların tüm ihtiyaçlarını karşılamaya yönlendirmektedir. Hizmette devamlılık politikasına göre, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın ayrı bir prensibidir, hastaneler hastaları Türkiye'nin çoğunlukla büyük şehirlerinde olan ikinci ya da üçüncü basamak hastanelerine sevk etmek yerine kendi hastalarına uzmanlık hizmetlerini hizmet alımı yoluyla sağlamalıdır.

Diğer yandan, Sağlık Bakanlığı Türkiye'de bir Kamu-Özel Ortaklığı stratejisi uygulamayı planlamaktadır. Bu stratejinin yüksek kalitedeki hizmetleri en düşük fiyatlarla sunmada kamu ve özel hastaneler arasında bir iş birliği tesis etmesi beklenebilir. KÖO hastalara yüksek maliyetli ve düşük hacimli hizmetleri sunma noktasında hizmet alımı için kolaylaştırıcı ve hızlandırıcı olabilir. Hizmet alımı uygulamalarındaki mevcut gidişat göstermektedir ki, teşhis ve tedavi hizmetlerinin hizmet alımı genişlemektedir. Bu nedenle, ulusal ve uluslararası kuruluşlar için kuşkusuz yeni pazar fırsatları ortaya çıkacaktır. Augurzky ve Scheuer'in de not ettiği gibi Almanya'daki vaka ile de ilişkili bir biçimde, eğer Türk hizmet firmaları hızlı bir biçimde kendilerini hastaneler için cazip hâle getirmezlerse kimse diğer ülkelerden hizmet firmalarının sağlık piyasasına girmelerine şaşırılmamalıdır.”



B. The Turkish Journal of Pediatrics, Recent Improvements in the Turkish Childhood National Immunization Program, 2010

Türkiye Çocukluk Çağı Ulusal Bağışıklama Programındaki Son Gelişmeler

Makale 2010 yılında Turkish Journal of Pediatrics'te yayımlandı. Prof. Dr. Mehmet Ceyhan tarafından kaleme alındı.

Bu makalede Türkiye'nin çocukluk çağı bağışıklama programına ilişkin tespit ve değerlendirmelere yer verilmektedir.

Özet:

“Çocukluk Çağı Ulusal Bağışıklama Programı temel sağlık hizmetlerinin ana unsurlarından bir tanesidir ve ulusal sağlık durumuna dair önemli bir rolü vardır. Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen Türk Bağışıklama Programı 2005 yılına kadar BCG, DBT, çocuk felci ve polio gibi temel aşıları içermekte idi. Lakin, 2002 yılında hükümet politikalarındaki değişim ve Aşı Danışma Kurulu ile yakın iş birliği Bağışıklama Programı'nda sadece aşıların kalitesi ve aşılama oranları noktasında değil kapsanan patojenlerin sayısı itibarıyla da iyileşme meydana getirdi. hâli hazırda Türkiye'nin bağışıklama programı diğer Avrupa ülkelerine eşit ya da daha iyi bir konumdadır. Bununla beraber, aşılamayı devletin sağlık politikalarının önceliği ve değişmez bir parçası hâline getirmek sürdürülebilirlik için bir gerekliliktir. Politik kararlılık, çok sektörlü iş birliği ve farkındalık hayati konulardır.”



C. BMJ, Healthcare in Turkey: from laggard to leader, 2011

Türkiye’de Sağlık Hizmetleri: Geri Kalmışlıktan Liderliğe

Bu analiz yazısı Enis Barış, Salih Mollahaliloğlu ve Sabahattin Aydın tarafından kaleme alındı ve 2011 yılı Mart ayında British Medical Journal’da yayımlandı.

Özet:

“Yaklaşık on yıl önce, Türkiye’de sağlık sistemi sadece Ekonomik İş Birliği ve Kalkınma Örgütü (OECD)’nün diğer ülkeleri tarafından değil diğer orta-üst gelirli ülkeler tarafından da geri kalmış olarak değerlendirilmekteydi. Tüm vatandaşların sağlık hizmetlerine eşit erişimine ilişkin anayasal haklar ve gerçekler arasında fark bulunmaktaydı. Sağlık, önemli idi; ama yine de politik gündemde nadiren ele alınmaktaydı. Bugün, Türkiye’de sağlık sistemi dönüşüm geçirdi; yalnızca OECD’nin geri kalanının ve Avrupa Birliği’nin olumlu kıyaslaması açısından değil aynı zamanda sağlık çıktılarında, yanıt verebilirlikte ve adil finansmandaki açıkların kapatılmasında da bu değişim ve dönüşüm yaşandı. 2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı’ni anlatacağız, başarılarının arkasındaki sebepleri inceleyeceğiz ve alınan dersleri paylaşacağız.”

Başarılar ve Dersler

“Türkiye’de herkes için sağlık, artık sadece bir özlem değildir. Genel sigorta kapsamı yüksek düzeyde politik kararlılığın bir sonucu olarak sağlandı. Bugün yıkıcı sağlık harcamaları, Türk halkının yalnızca %0,4’ünü yoksullaştırmaktadır.

Sağlık sistemlerine yatırım yaparak bu kadar kısa bir süre içinde sağlık çıktılarının iyileştirilmesinin gerçekten mümkün olabileceğine dair giderek artan uluslararası kabul de aynı oranda önemlidir. Genellikle Türkiye’den, bir yetersizlik öyküsü aksine, şu anda orta gelirli ülkelerde duyulmamış bir hız ve düzeyde sağlık çıktılarını iyileştiren ve sağlıkla ilgili bin yıl kalkınma hedeflerini 2015 son tarihinden önce yakalayacak bir başarı öyküsü olarak bahsedilmekte ve bu öyküye işaret edilmektedir.

Yakın tarihli Türkiye deneyimi, diğer yüksek orta gelirli ülkeler için en az üç ders sağlamaktadır. Açık bir ders, sağlık sistemlerine yatırım yapılması ihtiyacıdır. OECD ülkeleri arasında Türkiye, yaklaşık %7,7 olmak üzere kamu sağlık bütçesinin büyük bir kısmını yatırıma tahsis etmektedir (OECD ülkelerinde %4,2 ortalama). Yetersiz hizmet alan bölgelerde önleme ve temel sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılmasına tahsis edilen bütçe de reel oranda %58 artı. 112 Acil telefon hattı, şehirlerin yanı sıra kırsal kesimde de hizmet vermektedir. 17 hava ambulansı yüksek riskli gebeleri ve hasta çocukları daha donanımlı kent kuruluşlarına taşıyarak coğrafi olarak uzak bölgelerde rutin hizmetler sunmaktadır. İlave 111.000 sağlık çalışanı istihdam edilmiştir.



Sağlık iş gücü artık en yoksullar arasında hizmete erişimde eşitsizliğin azaltılmasının sağlanması ile sonuçlanan daha eşit dağılıma sahiptir. Kırsal/kentsel ve zengin/yoksul arasındaki oranlar, ehil sağlık personeli tarafından gerçekleştirilen doğumlar ve kızamık bağışıklama kapsamı açısından 1-1'dir.

İkinci ve daha geri plandaki ders ise sosyo-kültürel engellerin azaltılması ve finansal teşvikler sunulmasıyla zaruri sağlık hizmetlerine talebin teşvik edilmesinin önemidir. Uzak alanlarda yaşayan hamile kadınlara doğumdan bir ay öncesine kadar şehirlerde ücretsiz konaklama hizmeti sunulmaktadır. Ekim 2008 tarihinde programın başlamasından bu yana yaklaşık 7.000 gebe ücretsiz doğum öncesi hizmetten yararlandı. 2004 yılında Türkiye, hamilelerin, annelerin ve çocuklarının düzenli olarak sağlık kuruluşlarını ziyaret etmeleri için her ay hamile kadınlara 17 ₺ ödenmek suretiyle koşullu nakit transferi uygulaması ve buna ek olarak doğumlarını kamu hastanelerinde yapmaları hâlinde yaklaşık 55 ₺ ek ödeme uygulamasını başlattı. Bunun sonucunda en az 4 doğum öncesi kontrole müracaat eden gebe sayısı 2003 yılında %53,9 iken, 2008 yılında %73,7'ye yükseldi. Ayrıca ehil sağlık personeli tarafından gerçekleştirilen doğumların oranı da %83'den %91,3'e yükseldi. Ayrıca 2008 yılında kızamık bağışıklama oranı, 2002 yılında %82 iken %96'ya yükseldi. Bunun sonucunda kızamık vaka sayısı, 2001 yılında 30.509 iken 2008 yılında yalnızca 4 vaka olarak kaydedildi.

Üçüncü ders değerlerin ve kılavuz ilkelerin belirlenmesi için vizyon ve liderliğin önemi ve politika uygulaması ile kararlılığın sürdürülmesidir. Bir perspektif değişikliği hastayı veya vatandaşı tüm politika hedeflerinin ve performans değerlendirmesinin merkezine yerleştirdi. Hastaların ihtiyaçlarının, tercihlerinin ve hasta memnuniyetinin referans alınması, bunlara cevap vermek için sürekli olarak incelenmesi ve değerlendirilmesi; politika belgelerinde, raporlarda ve halka açık konuşmalarda açık bir şekilde yer aldı. Ayrıca bunlar, performansa dayalı olan ve düzenli olarak hasta memnuniyeti anketleriyle ölçülen çeşitli ek ödeme planlarının göstergeleri olarak devreye sokuldu. Halkın memnuniyeti, şu anda, düzenli hasta anketleri başladığından bu yana en yüksek düzeye ulaşmış hizmetten yararlanma oranı tüm zamanların en yüksek seviyesine çıktı.

Son olarak, hane halkı ve kullanıcı anketleri ile tamamlanmak suretiyle veri elde edilebilirliğinin, kalitesinin ve zamanlılığının iyileştirilmesine önemli yatırım yapılmaktadır. 2006 yılında tüm ülke genelinde gerçekleştirilen anne ölümlerine dair bir anket, ulusal ve uluslararası tahminler arasındaki büyük farklara son vermiş olup gelecek ilerlemenin hangi alanlara yöneleceğine de ışık tutmaktadır. Ölüm sebebinin belirlenmesi ve düzeltici önlemlerin alınması amacıyla tüm anne ölümleri, kimi zaman bizzat Sağlık Bakanınca artık incelenmektedir. Yerinde incelemeler, artık rutin hâle geldi. Bu bağlamda Bakan ve saha koordinatörlerinin 600.000 km yol kat ettikleri ve çoğu kez yılda bir defadan fazla olmak üzere tüm 81 ili ziyaret ettikleri kaydedildi."



Bitmemiş Gündem

“Beşeri kalkınmada iyileştirme ve fırsat eşitliğinde eş zamanlı iyileşme olmadan sağlık sistemleri, tek başına sağlığı iyileştirmek için çok da fazla bir şey yapamayabilir. Bu husus, gelir eşitsizliğinin artışı ve okuma yazma oranının henüz tam olarak evrenselliğe ulaşmadığı Türkiye için de kısmen geçerlidir (Tablo 2). Okula daha az gitmeleri, kadınların ve kızların öğretim ve çalışma hayatına daha az katılmasına bağlı olarak geniş bir cinsiyet farkı devam etmektedir. Sosyo-ekonomik farklılıklara bakılmaksızın, sağlıksız yaşam biçimleri nedeniyle bulaşıcı olmayan hastalıklar artış göstermektedir: Türkler hâlâ sigara içmekte ve hızla kentleşmeye bağlı olarak fiziksel açıdan daha az aktif ve daha obez hâle gelmektedir. Ülkenin özellikle Batı kesiminde yaşayan ve hızla yaşlanan nüfus, iyileşen erişime dayalı olarak hâlihazırda hizmetleri daha sık kullanmakta, daha kaliteli hizmet ve daha kullanıcı dostu bakım talep etmektedir.

Tüm bu faktörler çok daha iyi hâle gelen sağlık sisteminin, değişmekte olan sağlık ve sağlık hizmeti ihtiyaçlarına sürekli olarak adapte olması gerektiği anlamına gelmektedir. Beliren sorunlar artık daha programatik ve daha az yapısalıdır. Örneğin, başta sağlığın çevresel ve davranışsal belirleyicileri ile ilgili olmak üzere sağlığın tüm politikalara dâhil edilmesi, tüm aile ve toplum temelli temel sağlık hizmetlerinde hastalık önleme ve sağlık teşviki hizmetlerinin oluşturulması, sağlıklı davranış, sağlıklı yaşam ve yaşlanma ile ilgili halkın bilgisinin iyileştirilmesi.”

Sonuç

“Sadece yedi yıl içinde Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı, zaruri hizmetler için genel sağlık kapsamını sağlayabildi ve sağlık çıktılarını önemli ölçüde iyileştirdi. Artık önemli zorluk, daha komplike bir sağlık sisteminin nasıl doğru yöne yönlendirileceği ve verimlilik ve finansal sürdürülebilirliği iyileştirirken, giderek artan iddialı vatandaşlık, demokratik ve çoğulcu devlet yapısına bağlı olarak değişen ihtiyaçlar ve tercihlere nasıl adapte edileceğidir. Bunlar diğer OECD ve AB üye ülkelerinin bugün karşı karşıya oldukları sorunlarla aynı sorunlardır.”



D. Journal of Methods of Information in Medicine, Electronic Health Record Interoperability as Realized in the Turkish Health Information System, 2011

Türkiye Sağlık Enformasyon Sistemlerinde Gerçekleştirildiği Üzere Elektronik Sağlık Kayıtlarının Birlikte Çalışabilirliği

Bu yazı A. Dogaç, M.Yüksel, A.Avcı, B. Ceyhan, Ü. Hülür, Z. Eryılmaz, S. Mollahaliloğlu, E. Atbakan ve R. Akdağ tarafından kaleme alındı ve 2011 yılında Journal Methods of Information in Medicine’da yayımlandı.

Yazı Türkiye Ulusal Sağlık Enformasyon Sistemi’nin (USES-T) gelişimini konu edinmektedir.

Özet:

“Hedefler: Bu çalışmanın hedefi, elektronik sağlık kayıtlarının paylaşılması için ülke genelinde bir altyapı olan Türkiye Ulusal Sağlık Enformasyon Sistemi’nin geliştirilmesinde kullanılan teknikleri anlatmaktır. Yöntemler: UN/CEFACT Çekirdek Bileşenlerin Teknik Özellikleri Metodolojisi, mantıksal elektronik sağlık kaydı yapısının tasarlanması ve elektronik sağlık kayıtlarında ortak enformasyonun yeniden kullanılmasının artırılması için kullanıldı. Sonuçlar: USES-T 15 Ocak 2009 tarihinde hizmete girdi. Haziran 2010 tarihinde kamu hastanelerinin %99’u ve özel hastanelerin ve üniversite hastanelerinin %71’i hasta elektronik sağlık kayıtlarının günlük beslemeleri ile USES-T’ye bağlandı. 72 milyon Türk vatandaşının 43 milyonu için hâlihazırda USES-T’de elektronik sağlık kaydı oluşturuldu. Şu anda, yalnızca pratisyen hekimler hastalarının elektronik sağlık kayıtlarına erişebilmektedir. Uygulamanın ikinci aşamasında ve yasal çerçeve tamamlandığında, şu sıralar geliştirilmekte olan kişisel sağlık kayıt sistemi ile uygun hasta rızası mekanizmaları kullanılır hâle gelecektir. Bu durumda da ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri sistemindeki sağlık hizmeti çalışanları, hastaların elektronik sağlık kayıtlarına erişebilecektir.”

Sonuç

“USES-T’nin başarılı şekilde uygulanmasını bir dizi faktör etkiledi. İlk olarak, tüm paydaşlar spesifik standartları kabul etti. İkinci olarak, daha komplike elektronik sağlık kaydı şemalarının geliştirilmesi ve bu şemaların anlaşılmasını kolaylaştıran UN/CEFACT CCTS yaklaşımı uygulandı. Son olarak, bir otomatik test platformu aracılığıyla sağlayıcı temelli hastane enformasyon sistemlerinin USES-T ile uygunluğu ve birlikte işlerliğinin kapsamlı testi; USES-T ile sağlayıcı temelli çözümlerin hızla sağlam bir şekilde entegrasyonunu geliştirdi.”



E. Turkey Wins Plaudits for Tobacco Control

Türkiye Tütün Kontrolünde Takdir Topluyor

Bu makale Sharmila Devi tarafından kaleme alınmış ve Mayıs 2012'de The Lancet'te yayımlanmıştır. Makalede Türkiye'nin artık uluslararası alanda da tanınan ve bilinen tütünle mücadelesinden ve bu alanda kaydettiği ilerlemeden bahsedilmektedir.

Özet:

“Son yüzyılda “Türk gibi sigara içmek” deyimini birçok Avrupa ülkesinin dilinde yer etmişti. Ancak Türkiye, bugünlerde ülkede geleneksel ve köklü biçimde yerleşmiş olan tütün kullanımını ortadan kaldırmaya yönelik attığı adımlarla uluslararası camianın takdirini kazanmaktadır.

Türkiye’de tütün kontrolü önlemleri şunları kapsamaktadır: Tüm kapalı alanlarda sigara içiminin yasaklanması, reklamların tümüyle yasaklanması, sigara karşıtı medya kampanyaları, sigara paketleri üzerinde yer alan uyarılar, sigara bıraktırma ürünlerine ve tedavilerine kolay erişim.

Hacettepe Üniversitesi halk Sağlığı Profesörlerinden Nazmi Bilir’in ifadesine göre Türkiye 2008 yılında İrlanda ve İngiltere’nin ardından geniş kapsamlı sigara yasaklarını uygulamaya başladığında her 3 Türk vatandaşından biri ya da nüfusun yaklaşık %31’i sigara içmekteydi. Bilir: “Sigara içmek Türkiye’de geleneksel bir erkek davranışı olarak kabul edilegelmiştir. Bu nedenle de bu mücadele hiç de kolay değildir. Ancak hissiyatım o ki Türkiye gelecekte tamamıyla sigarasız bir ülke olacaktır.” demektedir.”

Bilir, “Son 9 yıldır aynı Başbakan ve Sağlık Bakanına sahibiz, dolayısıyla siyasi istikrar ve Hükümet’te ve Meclis’te aynı kilit öneme haiz kişilerin mevcudiyeti bu işte bizim lehimize olmuştur.” diyerek istikrarın önemine vurgu yapmaktadır.

“Sigara ve Sağlık Ulusal Komitesi Başkanı Elif Dağlı da sigara yasağının (Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun) yürürlüğe girmesinden bu yana 4 yıl geçtiğini ve bu süre zarfında çok olumlu neticeler elde edildiğini ifade etmektedir. Türkiye’de sigara içme oranı %15 azalmış, sigara ile ilişkili hastalıklar sebebiyle hastanelere başvurularda da kabaca %20’lik bir düşüş meydana gelmiştir.”



F. Malaria in Turkey: Successful control and strategies for achieving elimination

Türkiye’de Sıtma: Başarılı Kontrol ve Eliminasyon Elde Etme Stratejileri

Bu makale Ahmet Özbilgin, Seher Topluoğlu, Saffet Es, Elif İşlek, Salih Mollahaliloğlu ve Yasin Erkoç tarafından kaleme alınmış ve 2011 yılı Temmuz ayında Acta Tropica’da yayımlanmıştır.

Makalede Türkiye’nin artık uluslararası alanda da tanınan ve bilinen tütünle mücadelesinden ve bu alanda kaydettiği ilerlemeden bahsedilmektedir.

Özet:

“Türkiye; Asya, Avrupa ve Afrika kıtalarının ortasında, Kafkaslara, Balkanlara ve Orta Doğu’ya yakın bir coğrafyada ve subtropik iklim kuşağında yer almaktadır. Sıtma, insanlık tarihinin en erken dönemlerinden bu yana bilinmektedir ve Anadolu tarihinde de en başta gelen hastalıklardan birisi olmuştur. Bugün Türkiye’deki yerli sıtma vakalarının tek etkeni klorokine duyarlı Plazmodyum Vivax’tır. Tespit edilen diğer Plazmodyum türleri ise importe vakalardan izole edilmiştir. Türkiye’de sıtmanın en yaygın taşıyıcısı Anopheles sacharovi’dir. Bunu An. superpictus, An. maculipennis ve An. Subalpinus takip eder. 2009 yılında Türkiye’deki sıtma vakalarındaki belirgin düşüş ile beraber sıtma programının pre-eliminasyon safhası başlamıştır (toplamda 84 vaka; 38’i yerli, 46’sı importe; insidans 0.1 / 100.000). 2010 yılının ilk 8 ayında da tespit edilen hiçbir yerli vaka olmaması ile eliminasyon safhası başlamıştır. Burada Sağlık Bakanlığının kararlı politikalarının ve sıtma ilaçları özellikle de klorokin kullanan hastaların sıkı takibi, dirençli insektisitlerden sakınılması, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile hastalara ulaşımın kolaylaşması, hastaların aileleri ile yakın temas kurulması, raporlama ve sürveyans sisteminin geliştirilmesi gibi başarılı uygulamaların önemi büyüktür. Buna ilave olarak sıtma çalışanlarının mesleki haklarının ve motivasyonlarının iyileştirilmesi, taşıyıcıdan insana bulaşımın azaltılması ya da sonlandırılması ve saha çalışmalarının koordinasyonu da yine Sağlık Bakanlığının ısrarlı politikaları sonucu elde edilmiştir.”



3. Mektuplar

A. NICE Direktörü Sir Andrew Dillon'un Mektubu

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) Direktörü Sir Andrew Dillon'un Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanı Prof.Dr. Recep Akdağ'a gönderdiği 20 Aralık 2010 tarihli bir mektupta Sayın Bakanımıza "Global Health 2011 - Policy for Sustainable and Effective Healthcare" konulu uluslararası konferansta ana konuşmacı olma yönünde davet yapıldı.

Mektupta NICE ile Türk Sağlık Bakanlığı'nın 2008 yılından bu tarafa birlikte çalışmakta olduğu, bu iş birliği neticesinde bugüne kadar elde edilen ilerlemeleri göstermek ve Türkiye'nin genel sağlık sigortası kapsamına erişmesi, kanıta dayalı sağlık politikası yapması gibi konularda küresel ölçekte bir farkındalık oluşturmak adına bu konferansın bir vesile olabileceği belirtildi. Türkiye modelinin, vatandaşlarına daha kaliteli ve etkili bir sağlık hizmeti sunma çabaları olan ve benzer güçlükleri yaşayan birçok ülkeye uyacağı ifade edilmektedir.

Sağlık sonuçlarını iyileştirmek ve maliyet-etkili ve kanıta dayalı sağlık politikaları üretmek isteyen liderleri ve karar vericileri desteklemek amacıyla tertiplenen bu konferansa tecrübe paylaşımı için NICE ve BMJ tarafından Sayın Bakanımız ana konuşmacı olarak davet edilmektedir.



NICE International



BMJ Group

National Institute for Health and Clinical Excellence
71 High Holborn,
London,
WC1V 6NA

20 December 2010

Invitation to keynote: Global Health 2011 – Policy for sustainable and effective healthcare

On behalf of NICE International and the British Medical Journal, we would like to extend a warm invitation for you to be our keynote presenter at a new international conference on global health policy. The conference will be held over two days, on 29/30 September 2011 at the British Medical Association, BMA House, Tavistock Square, London. The conference mission is to support healthcare leaders and decision makers operating in resource-constrained settings to improve health outcomes, by promoting cost-effective, evidence-informed healthcare policy-making.

Given your country's groundbreaking reforms likely to serve as a model for poorer countries around the world and to have a global impact on rich and emerging markets, it would be a real privilege to have you open our global conference. We have preliminary agreement from Ministers and senior officials from Latin America and China, industry CEOs and from the Head of the World Bank for Health, Population and Nutrition. Leaders from the global health world, the CEO of Astra Zeneca and also DFID and USAID officials are also going to be joining us.

During the conference we would like to:

- explore the most cost-effective ways for sharing and for adapting evidence and decision-making processes across both rich and poor countries
- discuss the challenges in institutionalising evidence-informed policy and practice in healthcare and ways of addressing these in poorer systems
- highlight experiences and identify ways in which rich and poorer governments and their institutions, as well as healthcare professionals, academics and multi and bi-lateral agencies can work together to support accountable and legitimate decision-making processes locally
- describe the pre-requisites for local institutions to be effective, such as local epidemiological, clinical and economic data; local technical and decision-making capacity; and local institutions; and collectively identify practical ways for meeting these



NICE International



We are hoping that this conference will serve to unite stakeholders who usually operate in separate spheres including those involved in applying tools and methods such as health technology assessment, evidence based medicine and comparative effectiveness research, and global development donors and poorer country governments wishing to explore these approaches. The audience will be international policy makers, government representatives, international aid givers, non-government organisations, academia and the commercial sector.

If you remember you kindly hosted me at the Ministry in 2008. Since then, NICE International and the Turkish MOH have been working together. We could, subject to your agreement, showcase progress made in our collaboration so far between the Ministry of Health and NICE International in order to raise awareness amongst the global community of Turkey's commitment to universal coverage and to evidence-based policy making. The Turkish model will be of relevance to many countries faced with similar challenges in their attempts to improve the quality and efficiency of care offered to their citizens.

I appreciate that there are many calls on your time and I would be delighted if you were able to accept my invitation. I would be happy to speak to a member of your staff to provide further information about the conference, if it would help you to decide whether to accept this invitation. My direct line number is +44 20 7045 2047 and my email address is andrew.dillon@nice.org.uk. My assistant is Frances Abebreseh. Her number is +44 20 7045 2048 and her email address is frances.abebreseh@nice.org.uk.

Yours sincerely,

Sir Andrew Dillon



B. DSÖ Genel Direktörü Sayın Dr. Chan'ın Mektubu

Dünya Sağlık Örgütü Genel Direktörü Sayın Margaret Chan Sayın Bakanımıza gönderdiği 4 Mayıs 2011 tarihli mektubunda özetle şunları söylemektedir:

“Sayın Bakan,

Değişik vesilelerle ülkenizi ziyaret etme fırsatı buldum. Bu ziyaretler esnasında Türkiye'nin son 8-10 yılda sağlık alanında elde ettiği sıra dışı ilerlemeden çok etkilendim. Bu Hükümet'in toplumun sağlığına yönelik olarak ortaya koyduğu güçlü taahhütlerin bir delilidir. 2003 yılında temel halk sağlığı sorunlarına yönelik olarak uygulamaya başlanan “Sağlıkta Dönüşüm Programı” özellikle anne ve bebek ölüm hızları, sigara içme oranları ve aşılama kapsamı gibi alanlarda çok etkileyici iyileşmeler meydana getirmektedir.

...

DSÖ'nün hâlihazırda Türk Hükümeti ile var olan mükemmel ilişkilerini ve şahsınızın küresel sağlık konularındaki kişisel gayretini takdirle karşılıyor, süregelen iş birliğimizin devamını diliyorum.”



World Health Organization

20, AVENUE APPIA – CH-1211 GENEVA 27 – SWITZERLAND – TEL CENTRAL +41 22 791 2111 – FAX CENTRAL +41 22 791 3111 – WWW.WHO.INT

Tel. direct: +41 22 791 2797
Fax direct: +41 22 791
E-mail :

In reply please
refer to:

Your reference:

Professor Dr Recep Akdag
Minister of Health
Ministry of Health
Mithatpasa Caddesi no. 3
Sihhiye Ankara
Turquie

4 May 2011

Dear Minister,

I have had the opportunity to visit your country on several occasions and during these visits I have been very impressed with the extraordinary progress in health that has been achieved in Turkey during the last 8-10 years. This is a testimony to the Government's strong commitment to the health of the country's population. The "Health Transformation Program" introduced in 2003 to address the key public health issues is producing impressive improvements in areas such as infant and maternal mortality rates, smoking rate and the immunization coverage.

On the subject of health statistics, and in particular WHO estimates for infant mortality data, as highlighted in your letter of 21 March 2011, I suggest that the technical staff from the European Region and Headquarters meet as soon as possible with Turkish experts to discuss and agree on the best methodology for presenting estimates which could reflect more accurately the recent progress made in your country.

I appreciate the excellent relations that WHO currently has with the Government of Turkey and, in particular, for your personal investment on global health issues, and I look forward to our continuing collaboration.

Yours faithfully,

Dr Margaret Chan
Director-General

cc: The Permanent Representative of Turkey to the United Nations Office at Geneva and other International Organizations in Switzerland
The WHO Representative and Head of Country Office, Ankara Cankaya

منظمة الصحة العالمية • 世界卫生组织
Organisation mondiale de la Santé • Всемирная организация здравоохранения • Organización Mundial de la Salud



C. DSÖ Avrupa Bölgesi Direktörü Sayın Zsuzsanna Jakap'ın Mektubu

Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi Direktörü Sayın Zsuzsanna Jakap Sayın Bakanımıza gönderdiği 29 Nisan 2011 tarihli mektubunda özetle şunları söylemektedir:

“Sayın Bakan,

...Türkiye Sağlık Sistemi Performans Değerlendirmesi konulu çalışmanın yönetici raporunu okudum. Bu çok aşikar ki Türkiye, Talin Şartı'nda ortaya konan prensipleri ve değerleri hayata geçirdi. Talin Şartı'nın takip raporlarında Türkiye tecrübesine yer vermemiz adına mektubumun ekinde belirtmiş olduğum bu başarıları siz de doğrularsanız çok memnun olurum.

Bu vesile ile ulusal sağlık sisteminizde gerçekleştirdiğiniz sağlık sonuçlarında, etkililikte ve kullanımda belirgin iyileşmeler meydana getiren köklü reformlar için saygı ve minnettarlığımı belirtmek isterim. Bu başarı hikâyesi birtakım tedbirlerin bir bileşimi olarak husule geldi. Bunlar, sağlık sistemlerine yapılan yatırım, sağlık çalışanlarına teşvikler sağlamak ve temel sağlık hizmetleri için talebi teşvik etmek (özendirmek) olarak özetlenebilir. Bu arada sağlığı korumanın önemi, sağlığın teşviki ve sektörler arası iş birliğinin geliştirilmesi de daima hatırdadır.



WORLD HEALTH ORGANIZATION
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
WELTGESUNDHEITSORGANISATION
ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

REGIONAL OFFICE FOR EUROPE
BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE
REGIONALBÜRO FÜR EUROPA
ЕВРОПЕЙСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ БЮРО

Head office:
8, Scherfigsvej, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Telephone: +45 39 17 17 17; Fax: +45 39 17 18 18;
E-mail: contact@euro.who.int
Web site: <http://www.euro.who.int>

Our reference:		Your reference:
Notre référence:	RDO/	Votre référence:
Unser Zeichen:	TUR	Ihr Zeichen:
См. наш номер:		На Ваш номер:

Date: 29 April 2011

Professor Recep Akdag
Minister of Health
Ministry of Health Sağlık Bakanligi, Mithatpasa
Caddesi 1
Sıhhiye – Ankara
Turkey

Dear Sir,

The World Health Organization Regional Office for Europe committed to report back to the Regional Committee in 2011 on the achievement in implementing the Tallinn Charter on Health and Wealth (2008). Those achievements were discussed at the recent meeting in Andorra of the European Health Policy Forum for High-Level Government Officials. It was with regret that we were unable to benefit from the presence of a representative from Turkey at this meeting. However, I was recently introduced to the executive report of your Health System Performance Assessment, where it is evident that Turkey has translated into action the values and principles of the Tallinn Charter. We would be grateful if you could confirm those achievements (as summarized at appendix 1) in order for the WHO Regional Office for Europe to include Turkey experience in the reporting back on the Tallinn Charter.

Let me use this opportunity to express my respect and gratitude on having undertaken major reforms of the national health system, yielding significant improvements in utilization, effectiveness and health outcomes. This success story was achieved thanks to a combination of measures to invest in the health system, provide incentives to health professionals, and encourage the demand for essential health services, while recognizing the importance of prevention and health promotion and fostering intersectorial action. Taken in isolation each policy measure is important, but the key characteristics within the Turkish setting are that all of these were addressed in a coherent and coordinated way, and that the health reform program was implemented in a remarkably short period.

This major reform process was only achievable thanks to political commitment at the highest level. It not only brings the Tallinn Charter for Health and Wealth (2008) into action, but also goes one step further and reflects the key values and principles of Health2020, the new European Health Policy currently being developed by WHO Regional Office for Europe. Indeed, thanks to the commitment and strong vision of the Minister of Health, wellbeing and health for all has been brought to the forefront of the government's policy agenda.

Turkey understood that substantial health gains and reduction of the health and gender gap – which is still significant in Turkey – cannot be achieved through the health care sector alone but needs a concerted and comprehensive approach. The importance of tackling the growing epidemics of non-communicable diseases observed throughout the Region is also recognized. In addition, further steps towards strengthening the health system can be achieved through, among others, increasing

8, Scherfigsvej
DK-2100 Copenhagen Ø
Denmark

Telephone: +45 39 17 17 17
Fax: +45 39 17 18 18

E-mail: contact@euro.who.int
Web site: <http://www.euro.who.int>



the use of primary health care as first contact point and balancing the proportion of outpatient visits at the primary care level with regards to other levels.

The transformation of the health system in Turkey is exemplary. To document the outcomes of these reforms and experience gained, WHO will look forward to working with the Ministry of Health and the wider government of Turkey to improve information systems and build a strong evidence base for ongoing monitoring, in-depth evaluations and continual development. In this way, the unique and valuable experience of Turkey may be shared with other WHO Member States.

Yours very truly,

Zsuzsanna Jakab
Regional Director

Copy for information to:

Prof Ahmet Davutoglu, Minister for Foreign Affairs, Ministry for Foreign Affairs, Dr Sadik Ahmet Cad. No. 8, Balgat, 06100 Ankara, Turkey

Dr Bekir Keskinilic, Head of Foreign Relations Department, Turkish Ministry of Health, Mithatpasa Cad. No:3, Sıhhiye, Ankara, Turkey

H. E. Mr. Mustafa Oguz Demiralp, Ambassador, Permanent Mission of Turkey to the United Nations Office in Geneva and other International Organizations in Switzerland, Chemin du Petit-Saconnex 28b, CH-1209 Geneva Switzerland
H. E. Mr Berki Dibek, Ambassador, Embassy of the Republic of Turkey, Rosbæksvej 15, 2100 Copenhagen Ø, Denmark

Dr Maria Cristina Profili, WHO Rep/Head of Country Office in Turkey, WHO Country Office, Turkey, UN House - Birlik Mahallesi 2 - Cadde 11, TR-06610 Cankaya, Ankara, Turkey

Mr Shahid Najam, UN Resident Coordinator - UNDP Res. Rep., United Nations Development Programme UN House, Birlik Mahallesi 2-Cadde 11, Cankaya-Ankara 06610, Turkey



Ayrı ayrı ele alındığında her politik tedbir önemlidir, ancak Türkiye modelindeki temel özellik tüm bunların birbiri ile tutarlı ve koordineli olmasıdır. Sağlık reform programı dikkate değer ölçüde kısa bir zamanda uygulanmıştır.

Bu köklü reform süreci sadece en üst düzeyde politik kararlılıkla başarılabilirdi. Bu sadece “Sağlık ve Refah İçin Talin Şartı’nı” uygulamakla kalmamakta, bir adım daha ileriye giderek Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesince geliştirilmekte olan “Yeni Avrupa Sağlık Politikası, Sağlık 2020”nin değer ve ilkelerini de yansıtmaktadır. Hakikaten, Hükümet’in politik gündemine “iyi olma ve sağlığı” taşıdığı için Sağlık Bakanı’nın kararlılığına ve güçlü vizyonuna teşekkür ederim.

Türkiye anladı ki temel sağlık kazanımları ve Türkiye için hâla belirgin olan sağlık ve cinsiyet farklarının azaltılması tek başına sağlık sektörü ile başarılabilir. Bunun için uyumlu bir birliktelik ve kapsamlı bir yaklaşım gerekmektedir. Bulaşıcı olamayan hastalıkların tüm bölgede büyüyen epidemisi ile mücadelenin öneminin farkındayız. İlave olarak, diğerlerinin yanında sağlık sistemlerini daha da güçlendirmenin yolu, bir ilk temas noktası olarak ve diğer basamaklara ayaktan hasta başvuru oranlarını dengeleyici olarak birinci basamağın kullanımınıdır.

Türkiye’de sağlık sisteminin dönüşümü örnek teşkil edecek niteliktedir. Bu reformların sonuçlarının ve elde edilen tecrübelerin dokümanite edilmesi bunun için de bilgi sistemlerinin geliştirilmesi, süregiden izleme için sağlam kanıt temellerinin oluşturulması, derinlemesine analizler ve sürekli gelişim noktalarında DSÖ, gerek Sağlık Bakanlığı ile gerekse de daha geniş ölçekte Türk Hükümeti ile ortak çalışma istek ve arzusundadır. Bu sayede, Türkiye’nin eşsiz ve değerli tecrübeleri DSÖ’nün diğer üye ülkeleri ile de paylaşılacaktır.”



SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI'NIN KRONOLOJİSİ



2003

- Hastanelerde rehin kalmaya son verdik.
- 112 Acil hizmetlerini tamamen ücretsiz hâle getirdik.
- Ücretsiz gezici sağlık hizmetlerini tüm kırsala yaygınlaştırmaya başladık.
- Vatandaşlarımızın sağlık sigortalarıyla, özel hastaneler ve tıp merkezlerinden hizmet almasını sağladık.
- Toplam Kalite Yönetimi (TKY)'ni Bakanlığımızda uygulamaya başladık.
- Performansa dayalı ek ödeme sistemi getirdik. Böylece hekimlerin hastanelerde tam gün çalışmasını sağlayarak vatandaşlarımızın özel muayenehanelere gitme mecburiyetini büyük ölçüde azalttık.
- Sağlık Bakanlığına bağlı tüm sağlık tesislerinde her hekime bir muayene odası uygulamasına başladık.
- Hastanelerde koğuş sisteminden banyosu tuvaleti içinde olan oda sistemine geçmeye başladık.



2004

- Bebeklere ve hamilelere ücretsiz demir ilacı ve D vitamini dağıtmaya başladık.
- Ücretsiz hizmet veren Kansere Erken Teşhis Tarama Eğitim Merkezleri (KETEM) açmaya başladık.
- Bireysel performansa dayalı ödeme sistemini, Sağlık Bakanlığı kuruluşlarında uygulamaya başladık.
- Yeşil kart sahiplerini ayakta tedavi kapsamına aldık.
- Hekim seçme hakkını Sağlık Bakanlığı'nda hastanelerinde uygulamaya koyduk.
- Şartlı nakit transferi uygulamasına başladık.
- Yeşil kart alamadan hastalanan yoksul vatandaşlarımızın geçmişe dönük sağlık giderlerinin devlet tarafından karşılanmasını sağladık.
- Kuruluş ve eğitim işlemlerine 2003 yılında başlanan Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi (UMKE)'nin kuruluş aşamasını tamamladık.
- İlaçta Referans Fiyat Sistemi uygulamasına geçtik.
- Sağlık Bilgi İletişim Merkezi (SABİM)'ni hizmete soktuk.
- Mahrumiyet bölgeleri için sözleşmeli personel uygulaması getirdik.



2005

- Kamu hastanelerini tek çatı altında birleştirerek 37 milyon SSK'ının kamu hastanelerinden hizmet almasını sağladık.
- Yeşil kartlı vatandaşlarımızın, tıpkı diğer sigortalılar gibi kamu sağlık hizmetlerinden faydalanabilmesini ve ilaçlarını istedikleri eczaneden alabilmelerini sağladık.
- Kurumsal kriterleri ve kalite kriterlerini Sağlık Bakanlığı'nda kuruluşlarındaki performansa dayalı ek ödeme sistemine ekledik.
- Düzce ilinde Aile Hekimliği Pilot Uygulaması'nı başlattık.
- Bakanlığımıza bağlı tüm hastanelerde "Hasta Hakları Birimi" kurduk.
- Hekimlere devlet hizmet yükümlülüğü getirdik.



2006

- Sağlık Bakanlığı hastaneleri için global bütçe uygulamasına başladık.
- 5502 sayılı Kanun'un (Sosyal Güvenlik Kurumlarının Entegrasyonu) uygulanmasına başladık.
- Kamu Özel Ortaklığı (KÖO) Kanunu Meclis'te kabul edildi.
- Kızamık, kabakulak ve kızamıkçık aşılarını rutin aşılama programına dâhil ettik.
- Tüberküloz hastaları için "Doğrudan Gözetimli Tedavi" (DGT) uygulamasını tüm yurda yaygınlaştırdık.
- Hipotiroidi Tarama Programı'nı başlattık.



2007

- Tüm vatandaşlarımızın birinci basamak sağlık hizmetlerini ücretsiz almasını sağladık.
- SSK ve BAĞ-KUR'lu hastalar için Sağlık Bakanlığı'nda hastanelerinden üniversite hastanesine sevk zorunluluğunu kaldırdık.
- SGK ile sözleşmeli tüm SB hastaneleri, üniversite hastaneleri ve özel hastanelerde CPT ve ICD - 10'a dayalı ayakta ve yatan hasta prosedürlerine yönelik toplu (sabit fiyat) ödeme uygulaması getirdik.
- SGK ile sözleşmeli hastanelerin, yatan hasta ilaç ve tıbbi malzemelerini (sigorta kapsamında) sağlaması ve hastadan ücret alırsa cezalandırılması uygulamasını getirdik.
- Yeşil kartlıların ayaktan tedavilerinde muayene, tetkik-tahlil, ilaç, diş çekimi ve protezi, gözlük ve acil tedavi giderlerini ödeme kapsamına aldık.
- Ambulans hizmetlerinin kışın erişimi zor alanlarda daha erişilebilir olması için kar paletli ambulans temin ettik.
- SGK ile sözleşmeli hastanelerin yatan hastalar için ilaç ve tıbbi malzemeleri ücretsiz sağlaması uygulamasına başladık.



2008

- Acil ve yoğun bakım tedavilerini tüm kamu hastaneleri ve özel hastanelerde ücretsiz vermeye başladık.
- Özel hastanelerde aşağıdaki hizmetlerden ilave ücret alınmamasını sağladık:
 - Yanık, kanser, yenidoğan, organ nakilleri, doğumsal anomaliler, diyaliz ve kalp-damar cerrahisi işlemleri.
- 18 yaşın altındaki tüm nüfusu ve eğitim görenleri, sosyal güvence aranmaksızın GSS kapsamına aldık.
- Sigortalı olsun veya olmasın herkesin acil durumlarda, salgın hastalık, iş kazası ve meslek hastalığı durumlarında her türlü sağlık yardımlarından ücretsiz yararlanmasını sağladık.
- Hava ambulans sistemini uygulamaya koyduk.
- SSK'lı ve BAĞ-KUR'luların sağlık hizmeti alabilmeleri için prim ödeme süresini 30 güne indirdik.
- Yurt içinde tedavisi mümkün olmayan hastalıklarda tüm sigortalılar için yurt dışında tedavi olabilme imkânını getirdik.
- Özel sağlık tesislerinin hekim ve bazı tıbbi cihaz planlamalarının Bakanlığımız tarafından düzenlenmesine başladık.
- Pentavalan aşıları, rutin bağışıklama programına aldık.
- Açık ve kapalı kamu alanlarında sigara içilmesini yasaklayan Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun Meclis'te kabul edildi.
- Ulaşım problemi olan yerlerdeki anne adaylarını doğum öncesi merkezi yerleşimlerde misafir ederek sağlıklı doğum yapmalarını sağlamak amacıyla "Misafir Anne" Projesini başlattık.
- Biotinidaz Tarama Programı'nı başlattık.
- Toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerini başlattık.
- Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Programı'nı başlattık.



2009

- İlaç Takip Sistemi (İTS) pilot uygulamasına başladık.
- Merkezi Hastane Randevu Sistemi (MHRS) pilot uygulamasına başladık.
- “Orijinal bir ürünün jeneriği piyasaya çıktığında, ürünün fiyatı mevcut fiyatın %66’sını geçemez (hem orijinal hem de jenerik ürün için)” kuralını getirdik.
- Eczane bulunmayan kırsal bölgelerde yaşayan halkın ilaca ulaşımını kolaylaştırmak için mobil eczane uygulamasını başlattık.
- Konjuge pnömokok aşısını bağışıklama programına ekledik.



2010

- Yeşil kartlı vatandaşlarımızın özel hastanelerin acil servis ve yoğun bakım hizmetlerinden ücretsiz faydalanmalarını sağladık.
- Yeşil kartlı vatandaşlarımızın dış-kanal ve dolgu tedavisi hizmetlerinden ücretsiz faydalanmalarını sağladık.
- Üniversite ve sağlık personelinin tam gün çalışmasına dair “Tam Gün Yasası’nı” hazırladık.
- Evde sağlık hizmetleri vermeye başladık.
- İlaç Takip Sistemi (İTS) uygulamasını tüm yurda yaydık.
- Aile hekimliği uygulamasını tüm yurda yaydık.
- Bürokrasinin azaltılması ve idari basitleştirme çalışmalarına başladık.
- Hava ambulans filomuza uçak ambulanslarımızı dâhil ettik.



2011

- Sağlık Bakanlığını yeniden yapılandırdık. Bu kapsamda, Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname (KHK)'yi çıkardık.
- Vatandaşlarımızın ilaca ait her türlü bilgiyi rahatça anlayabilmesi için prospektüsleri sade ve anlaşılabilir hâle getirdik.
- Merkezi Hastane Randevu Sistemi (MHRS)'ni tüm Türkiye'de yaygınlaştırdık. Ayrıca MHRS'den internetten online randevu alınabilmesini sağladık.
- Sağlık çalışanına karşı şiddeti önlemek için "Beyaz Kod Sistemi"ni başlattık.
- Özel sağlık kuruluşlarının yapacakları tanıtım ve bilgilendirmelerle ilgili düzenlemeler yaptık.
- Kompozit doku nakilleri ile ilgili uygunluk kriterlerini belirledik.
- "Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı"nı uygulamaya başladık.
- 2011-2023 dönemini kapsayan "Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı"nı yayımladık.
- Sigara Bıraktırma Merkezleri'nde bıraktırma ilaçlarını ücretsiz dağıttık.



SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM DEVAM EDİYOR



1. Yeni Ufuklara Doğru

- Yeni dönemde, **dev şehir hastaneleri** kuruyoruz. Hizmet kalitesini artırmak ve maliyeti etkin sağlık hizmeti dengesini kurabilmek amacıyla inşasına başladığımız şehir hastanelerini ülkenin dört bir tarafına yaygınlaştıracacağız.
- **Kamu Hastane Birliklerini** kurduk. Bu sayede hastanelerimiz daha da etkili, kaliteli ve verimli işletilecek. Yerinden yönetim modelini esas aldık. Yöneticiler için sözleşme ve performans ölçütleri getirdik. Çalışanların mevcut haklarını koruduk.
- Tıbbi ürün ve hizmetlerin üretimine teşvikler getirdik. Bu şekilde yerli sanayinin güçlendirilmesini, Ar-Ge ve teknolojik iş birliğine daha fazla önem verilmesini hedefliyoruz. Bu kapsamda **off-set uygulamalarını** geliştireceğiz.
- **Serbest Sağlık Bölgeleri** kuruyoruz. Sağlık alanında bölgesel cazibe merkezi olacağız. Yabancı sermaye ve yüksek tıbbî teknoloji girişini hızlandıracacağız.
- Türkiye’de **sağlık turizmini** güçlendireceğiz. Sağlık turizminde Avrupa, Ortadoğu, Afrika, Orta Asya ve Rusya bölgesinin merkezi olacağız. Sağlık turizmi kapsamında elde edilen gelirlere vergi muafiyeti getirdik. Dört dilde hizmet veren yurt dışı hasta danışma hattını kurduk. Konaklama tesislerinde sağlık kuruluşu kurulup işletilmesi imkanı sağladık.
- **Sağlık insan gücünü** artıracacağız. YÖK ile iş birliğiyle tıp fakülteleri öğrenci kontenjanını 2 katına çıkardık. Hemşirelik yüksekokullarında öğrenci kontenjanını 3 katına çıkardık.
- **Klinik kaliteyi** iyileştireceğiz. Klinik kalite standartlarını geliştiriyoruz. Haziran 2013’te bütün hastanelerimizde şeker hastalığı, diz protezi ve gebelik/doğum için klinik kalite ölçümlerine başlamış olacağız. Klinik rehberleri yaygınlaştıracacağız.
- **Bireyin kendi sağlığı ile ilgili kararlara aktif katılımını sağlamak** için rolünü güçlendireceğiz.
- **Obezite ve hareketsizlikle mücadeleye** devam edeceğiz.
- **Sağlıkta şiddete tolerans göstermiyoruz, göstermeyeceğiz.** Bu hususta birçok tedbir aldık. Vefakâr sağlık çalışanlarımıza yönelik hiçbir olumsuz davranışa müsamaha göstermeyeceğiz.



2. Sağlık Bakanlığı Stratejik Planı (2013-2017)

Vizyonumuz

Sağlıklı hayat tarzının benimsendiği ve herkesin sağlık hakkına kolayca eriştiği bir **TÜRKİYE**.

Misyonumuz

İnsan merkezli bir yaklaşımla birey ve toplum sağlığını en üst düzeyde korumak, sağlık sorunlarına zamanında, uygun ve etkili çözümleri sunmak.

Temel İlke ve Değerlerimiz

- İnsan odaklılık
- Evrensellik
- Hakkaniyet
- Katılımcılık
- Dayanışma
- Saygınlık
- İş Ahlakı
- Şeffaflık
- Hesap verebilirlik
- Sürdürülebilirlik
- Kanıta dayalılık
- Kalite ve verimlilik
- Sağlıkta inovasyon

NİHAİ AMAÇ:

Hakkaniyetli bir şekilde halkımızın sağlığını korumak ve iyileştirmek.



Stratejik Amaç 1

Sağlığa yönelik risklerden birey ve toplumu korumak ve sağlıklı hayat tarzını teşvik etmek.

Hedefler

- SH 1** Sağlıklı beslenme alışkanlıklarını geliştirmek, fiziksel aktivite düzeyini artırmak ve obeziteyi azaltmak.
- SH 2** Tütün ile mücadeleyi sürdürmek, tütün maruziyeti ve bağımlılık yapıcı madde kullanımını azaltmak.
- SH 3** Bireylerin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluğunu artırmak için sağlık okuryazarlığını geliştirmek.
- SH 4** Üreme sağlığı konusundaki farkındalığı artırmak ve sağlıklı davranışları teşvik etmek.
- SH 5** Halkın sağlığını etkileyen acil durumların ve afetlerin sağlık üzerindeki etkisini azaltmak.
- SH 6** İş sağlığını iyileştirerek çalışanların sağlığını ve iyiliğini korumak ve geliştirmek.
- SH 7** Çevresel tehlikelerin sağlık üzerindeki olumsuz etkilerini azaltmak.
- SH 8** Sağlığı tüm politikaların merkezine alarak sağlığın sosyal belirleyicileri konusunda etkili eylemlerde bulunmak.
- SH 9** Bulaşıcı hastalıklar ve risk faktörleri ile mücadele etmek ve bunları izlemek.
- SH 10** Bulaşıcı olmayan hastalıkların görülme sıklığı ve risk faktörlerini azaltmak ve izlemek.



Stratejik Amaç 2

Birey ve topluma erişilebilir, uygun, etkili ve etkin sağlık hizmetleri sunmak.

Hedefler

- SH 1** Sağlık hizmetlerinin kalitesini ve güvenliğini iyileştirmek.
- SH 2** Anne, çocuk ve ergen sağlığını korumak ve geliştirmek.
- SH 3** Kronik hastalıkların komplikasyonlarını kontrol etmek ve azaltmak.
- SH 4** Koruyucu ve temel sağlık hizmetlerinin etkili kullanımını sağlamak.
- SH 5** Acil sağlık hizmetlerine uygun ve zamanında erişimi sürdürmek.
- SH 6** Birinci basamak sağlık hizmetlerinin rolünü güçlendirerek hizmet entegrasyonunu ve devamlılığını iyileştirmek.
- SH 7** Etkililiği ve güvenliği sağlamak için geleneksel, tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları ile ilgili düzenlemeleri güçlendirmek.
- SH 8** Sağlıkta insan kaynaklarının dağılımını, yetkinliğini ve motivasyonunu iyileştirmek ve sağlıkta insan kaynaklarının sürdürülebilirliğini sağlamak.
- SH 9** Sağlık altyapısının ve teknolojilerinin kapasitesini, kalitesini ve dağılımını iyileştirmek ve sürdürülebilirliğini sağlamak.
- SH 10** İlaçların, biyolojik ürünlerin ve tıbbi cihazların erişilebilirliğini, güvenliğini, etkinliğini ve akılcı kullanımını sağlamak ve kozmetik ürünlerde güvenliliği tesis etmek.
- SH 11** Sağlık hizmet sunumunun izlenmesi, değerlendirilmesi ve kanıta dayalı karar almak için sağlık bilgi sistemlerini geliştirmek.



Stratejik Amaç 3

İnsan merkezli ve bütüncül bir yaklaşımla bireylerin sağlık ihtiyaçlarına ve beklentilerine cevap vermek.

Hedefler

- SH 1 Bireyin kendi sağlığı ile ilgili kararlara aktif katılımını sağlamak için rolünü güçlendirmek.
- SH 2 Bedensel, zihinsel, sosyal ya da ekonomik şartları sebebiyle özel ihtiyacı olan kişilerin uygun sağlık hizmetlerine daha kolay erişimini sağlayarak ihtiyaçlarına daha iyi yanıt vermek.
- SH 3 Sağlık hizmetlerinin finansmanında hakkaniyet sağlanmasına ve bireylerin finansal riskten korumasına katkıda bulunmak.
- SH 4 Bireylerin aldıkları sağlık hizmetinden ve sağlık çalışanlarının çalışma şartlarından duydukları memnuniyeti artırmak.

Stratejik Amaç 4

Türkiye'nin ekonomik ve sosyal kalkınmasına ve küresel sağlığa katkı aracı olarak sağlık sistemini geliştirmeye devam etmek.

Hedefler

- SH 1 Hizmet kalitesinden taviz vermeden kanıta dayalı politikalarla sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliğini korumak.
- SH 2 Sağlık sistemi performansını izlemek ve sağlığa ve milli ekonomiye katkısını kanıtlarıyla ortaya koymak.
- SH 3 Sağlık sisteminin öncelikli alanlarında araştırmayı, geliştirmeyi ve inovasyonu teşvik etmek.
- SH 4 Sağlık sektörünün ekonomiye katkısını artırmak.
- SH 5 Türkiye'de sağlık turizmini güçlendirmek.
- SH 6 Küresel ve bölgesel sağlık politikalarının oluşturulmasında ve uygulanmasında liderler arasında olmak.
- SH 7 İş birliği ve kalkınma yardımları aracılığıyla küresel sağlığa katkı sağlamak.



KAYNAKLAR



21. Yüzyılda Herkese Sağlık, WHO: Copenhagen: WHO Publications, 1998
- 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanunun Gerekçe Metni, 1961
- Aile Hekimliği Türkiye Modeli, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2004
- Avrupa Sağlık Raporu, Dünya Sağlık Örgütü, 2009
- Aydın, S. Hayata Yüksekten Bakabilmek, Medipolitan Eğitim ve Sağlık Vakfı Yayınları, İstanbul, 2008
- Barış, E., Mollahaliloğlu, S., Aydın, S., Türkiye’de Sağlık Hizmetleri: Geri Kalmışlıktan Liderliğe, British Medical Journal, 2011
- Bilir, N., Özcebe H., Ergüder, T., Maurer-Stender, K., Türkiye’de Tütün Kontrolü, Bir Kararlılık ve Liderlik Öyküsü, DSÖ Avrupa Bölge Ofisi, 2012
- Ceyhan, M., Türkiye Çocukluk Çağı Ulusal Bağışıklama Programındaki Son Gelişmeler, Turkish Journal of Pediatrics, 2010
- Çetin, E. İstanbul’da Yaşayan Çocuk ve Adölesanlarda Anemi Prevalansının Araştırılması (Tez), İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, 1997
- Demir Eksikliği Araştırması, Sağlık Bakanlığı-Hacettepe Üniversitesi, 2008, Ankara
- Demirel H. 1946-1960 Arası Sağlık Politikaları ve Sağlıkta Planlama, Medipolitan Eğitim ve Sağlık Vakfı Yayınları, İstanbul, 2008
- Devi, S., Türkiye Tütün Kontrolünde Takdir Topluyor, The Lancet, 2012
- Doğaç, A., Yüksel, M., Avcı, A., Ceyhan, B., Hülür, Ü., Eryılmaz, Z., Mollahaliloğlu, S., Atbakan, E., Akdağ, R., Türkiye Sağlık Enformasyon Sistemlerinde Gerçekleştirildiği Üzere Elektronik Sağlık Kayıtlarının Birlikte Çalışabilirliği, Journal Methods of Information in Medicine, 2011
- Erken Doğum: Prematüre Doğum Hakkında Küresel Eylem Raporu, Dünya Sağlık Örgütü, 2012
- Evliyaoğlu. N., Altıntaş, D., Atıcı, A. Anne Sütü, İnek Sütü, Formül Mama ile Beslenenlerde Demir Durumu, Türkiye Klinikleri Pediatri Dergisi, 1996-5
- Fişek, N. Halk Sağlığına Giriş, Hacettepe Üniversitesi Yayını, 1985
- Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Bakanlığının Değişen Rolü, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2007
- Gökçay, G., ve Kılıç, A. Çocuklarda Demir Eksikliği Anemisinin Epidemiyolojisi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 2000
- Herkese Sağlık, Türkiye’nin Hedef ve Stratejileri-Sağlık 21, Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2001
- Improving Health Systems: The Contribution of Family Medicine. WONCA; 2002



- Johansen, A., Guisset, A., Başarılı Sağlık Sistemi Reformları: Türkiye Örneği, DSÖ Avrupa Bölge Ofisi, 2012
- Lozoff, B., Andraca, I., Castillo, M., Smith, B., Behavioral and developmental effects of preventing iron-deficiency anemia in healthy full-term infants. *Pediatrics*, 2003
- Making Reform Happen, Lessons from OECD Countries, OECD, 2010
- Mollahaliloğlu, S., Kavuncubaşı, S., Gürsöz, H., Ağırbaş, İ., Ari H.O., Öncül, H. G., Akdağ, R., Younis, M. Z., Türk Sağlık Sisteminde Kurum Dışından Hizmet Alım Uygulamaları, *Journal of Healthcare Finance*, 2009
- OECD Health Data, OECD Publications, 2001
- OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri TÜRKİYE, OECD-Dünya Bankası, 2008
- Opioids for Cancer Pain: Availability, Accessibility and Regulatory Barriers in Turkey and Pallia-Turk Project, *Journal of Pediatric Hematol Oncol*, 2011
- ÖSYM Yıllıkları
- Özbilgin, A., Topluoğlu, S., Es, S., İşlek, E., Mollahaliloğlu, S., Erkoç, Y., Türkiye’de Sıtma: Başarılı Kontrol ve Eliminasyon Elde Etme Stratejileri, *Acta Tropica*, 2011
- Özkan B. ve ark. Prevalance of vitamin deficiency rickets in the eastern part of Turkey, *Eur J Pediatr*, 2008
- Özsarı, 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
- Roberts, M.&Hsiao, J. W. Getting Health Reform Right, 2008
- Sağlık 2003, Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2004
- Sağlık 2004, Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2005
- Sağlık 2005, Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2006
- Sağlık 2006, Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2007
- Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan 2010-2014, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2010
- Sağlık İstatistikleri 1996, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 1997
- Sağlık İstatistikleri 1997, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 1998
- Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2008, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2010
- Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2012



- Sağlık Personeli İşsizliği; Toplum ve Hekim, Mart-Nisan, Cilt:21, Sayı:2, Türk Tabipler Birliği, 2006.
- Sağlık Sistemlerinin Güçlendirilmesi: Türkiye'deki Deneyimden Öğrenilen Dersler, Dünya Bankası, 2009
- Sağlık Sistemlerinin Krize Hazır Olma Durumlarının Değerlendirilmesi - Türkiye, DSÖ, 2011
- Sağlıkta Dönüşüm Programı, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2003
- Sağlıkta e-Dönüşüm, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2007
- Sağlıkta Performans Yönetimi ve Performansa Göre Ödeme Sistemi, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2005
- Sosyal Sigortalar Kurumu 1996 Yılı İstatistik Yıllığı, Sosyal Sigortalar Kurumu Genel Müdürlüğü, Ankara, 1997
- Sosyal Sigortalar Kurumu 1997 Yılı İstatistik Yıllığı, Sosyal Sigortalar Kurumu Genel Müdürlüğü, Ankara, 1998
- Tatar M., Mollahaliloğlu, S., Şahin, B., Aydın, S., Maresso, A., Hernandez –Quevedo, C., Türkiye Sağlık Sistemi İncelemesi, Avrupa Sağlık Sistemleri ve Politikaları Gözlemevi, 2011
- The European Health Report 2009, Health and Health Systems, WHO, 2010
- Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, 1982
- Türkiye Cumhuriyeti Dokuzuncu Kalkınma Planı 2007-2013, DPT, Ankara, 2006
- Türkiye Sağlık Sistemi Performans Değerlendirmesi 2011 - Türkiye, DSÖ – Dünya Bankası, 2012
- Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri, Kasım 2002-2008, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2008
- Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı, Değerlendirme Raporu 2003-2010, Haziran 2011, Sağlık Bakanlığı, Ankara
- Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı, İlerleme Raporu, Ağustos 2008, Sağlık Bakanlığı, Ankara
- Türkiye'de 5 Yaş Altı Ölüm Oranında Düşüş: Bir Vaka Çalışması, UNICEF, 2010
- Türkiye'de Anne ve Çocukların Durum Analizi 1996, UNICEF-Sağlık Bakanlığı, Ankara, 1996
- Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu, Haziran 2010, YÖK, Ankara, 2010
- Türkiye'de Verem Savaşı 2011 Raporu, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2011
- Ulusal Sağlık Hesapları, 2003
- Yalçın ,SS., Yurdakök, K., Açıkgöz, D. & Özmert, E. Short-term Developmental Outcome of Iron Prophylaxis in Infants. *Pediart Int*, 2004



İnternet Kaynakları

<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/>

<http://stats.oecd.org/>

www.akparti.org.tr/acileyem.asp

www.dpt.gov.tr

www.euro.who.int/hfad/

www.saglik.gov.tr

www.tuik.gov.tr

www.who.int