

NEREDEN NEREYE

Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı

Kasım 2002 - Haziran 2007



Prof. Dr. Recep AKDAĞ



NEREDEN NEREYE
Türkiye Sağlıkta
Dönüşüm Programı

Kasım 2002 - Haziran 2007

Prof. Dr. Recep AKDAĞ

Ankara 2007



Baş Editör:
Prof. Dr. Recep Akdağ

Editörler:
Prof. Dr. Sabahattin Aydın
Dr. Hüseyin Demirel

Katkıda Bulunanlar:

Prof. Dr. Necdet Ünüvar	Kamuran Özden
Uz. Dr. Orhan Gümrukçüođlu	Memet Atasever
Uz. Dr. İsmail Demirtaş	Kenan Bozgeyik
Abdülkadir Atalık	Adnan Yıldırım
Doç. Dr. Öner Odabaş	Haydar Mezarıcı
Doç. Dr. Osman Güler	Mine Tuncel
Uz. Dr. Turan Buzgan	Osman Güzelgöz
Uz. Dr. Mehmet Uđurlu	Hakkı Öztürk
Uz. Dr. Rıfat Köse	Bilge Aydın
Dr. Mahmut Tokaç	Ayşe Kayıran
Doç. Dr. Sinan Yol	Uz. Dr. Bekir Keskinliç
Doç. Dr. Çetin Dinçel	Ali Şahin
Doç. Dr. Mustafa Ertek	Uđur Küçüközkan
Doç. Dr. Turan Aslan	Dr. Süleyman Can Numanođlu
Ali Yerlikaya	Dr. Salih Mollahalilođlu
Prof. Dr. Murat Tuncer	Kibar Altunal
Adem Keskin	Uz. Dr. Sinan Korukluođlu
Muhammed Gedik	Dr. Mehmet Demir
Uz. Dr. Feyzullah Gümüşlü	Beyhan Uslu
Saffet Es	Dr. Hasan Güler
Nihat Akpınar	Dr. Ufuk Akdıkan
Uz. Dr. Hasan Çađıl	

T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 713

1. Baskı: Temmuz 2007 (3.500 adet)
2. Baskı: Eylül 2007 (6.500 adet)

ISBN 978-975-590-230-2

Sunuş	5
Önsöz	7
Giriş	9
Birinci Bölüm: Dünden Bugüne Sağlık Politikalarımız	13
1920-1923 Arası Sağlık Politikaları	13
1923-1946 Arası Sağlık Politikaları	13
1946-1960 Arası Sağlık Politikaları	14
1960-1980 Arası Sağlık Politikaları	15
1980-2002 Dönemi Sağlık Politikaları	15
2003 Sonrası Sağlık Politikaları: Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı	17
İkinci Bölüm: Sağlıkta Yeni Dönem	21
1. İnsan Merkezli Hizmet Anlayışına Doğru Zihniyet Değişimi	21
2. Yaygın ve Eşit Sağlık Güvencesi: Genel Sağlık Sigortası	23
3. Koruyucu ve Temel Sağlık Hizmetlerinde Seferberlik	25
a) Sağlık Ocaklarına Yeni Yüz ve Yeni Görevler	26
b) Acil Sağlık Hizmetleri Hızlandı	29
c) Afetlerde Sağlık Organizasyonu ve Ulusal Medikal Kurtarma Ekipleri (UMKE)	31
d) Kronik Hastalıklar İçin Toplumsal Hareket ve Bilinç Gelişimi	33
e) Bulaşıcı Hastalıklarla Etkili Mücadele	33
f) Anne ve Çocuk Sağlığı	38
g) Bağışıklama Programları	43
h) Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Programı	46
4. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Dönüşüm: Aile Hekimliği	48
5. Hastane Hizmetlerinde Zihniyet Değişimi	52
a) Sağlıkta Ayrımcılığın Kaldırılması: Kamu Hastanelerinin Tek Çatı Altına Alınması	52
b) Hastanelerde Yerinden Yönetim	52
c) Hastane Hizmetlerinde Yeniden Yapılanma	53
d) Özel Hastanelerin Kapısı Herkese Açık	58
6. Performansa Göre Ek Ödeme	60
7. Sağlıkta İnsan Kaynakları Yönetimi	63
a) Sağlık İnsan Kaynaklarında Atılım	63
b) Personel Atamalarında Şeffaflık	63
c) Sağlık Personeli Eğitimi	67
8. Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Akreditasyon	69
9. Ulusal İlaç Politikası	70
a) İlaç Fiyatlarında İndirim	70
b) Eczaneler Herkese Açık	71
10. Sağlık Bilgi Sistemi	73
11. Yatırımlarda Akılcılık	74
12. İl Değerlendirmeleri: Karış Karış Seksenbir İl	76
13. Dinamik ve Sağlıklı Dış İlişkiler	78
14. Sağlık Bakanlığının Yeniden Yapılandırılması	79
Üçüncü Bölüm: Daha Yapacak Çok İşimiz Var	83
Son Söz	89
Kaynaklar	91

Sunuş

Değerli Vatandaşlarım,

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



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

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

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

Biz bütün bunları başarırken, vatandaşlarımıza hakları olan çağdaş ve nitelikli

sağlık hizmeti sunulabilmesini bir lütuf olarak değil, sorumluluğumuz olarak, asli görevimiz olarak idrak ettik. Çünkü bizim için siyasetin de, icraatın da temeli insandır. "İnsanı yaşat ki, devlet yaşasın" felsefesi en önemli düsturumuzdur.

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

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

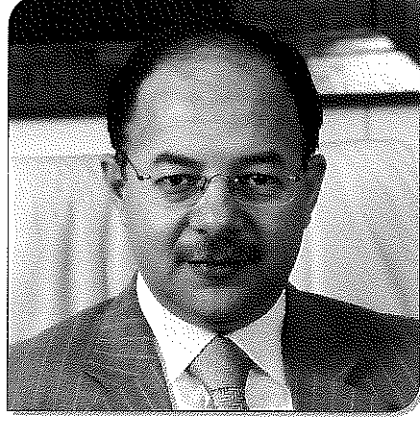
Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uygulanmasına emeği geçen herkesi gönülden kutluyor, milletim adına şükranlarımı sunuyorum.

Sevgilerimle...

Recep Tayyip ERDOĞAN
Başbakan

Önsöz

Bildiğiniz gibi, sağlık alanında dört buçuk yıldan bu yana Sağlıkta Dönüşüm Programı ile önemli bir dönüşüm gerçekleştiriyoruz. Bu gayretlerimizdeki ana amacımız, Türkiye Cumhuriyeti Devleti'nin sağlık sistemini 21. yüzyıl vizyonuna uygun hale getirmek ve insanımıza hakkı olan kaliteli sağlık hizmetini sunmaktır.



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

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

Bir taraftan dönüşüm programımızı planlayıp altyapısını oluştururken diğer yandan hayata geçirmek zorundaydık. Biz de, sağlık hizmetlerinin ertelenemez olduğu gerçeğini bir an bile unutmadan çalışmalarımızı buna göre sürdürdük.

Sağlık alanında önemli başarılarla imza attık ve atmaya devam ediyoruz.

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

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

Bizim için önemli olan, her alanda olduğu gibi sağlık alanında da vatandaşlarımızın yüzünü güldürmek ve hayır dualarını almaktır. İnanıyoruz ki, Türkiye Cumhuriyeti bu hedefleri yakalayabilecek dinamiklere ve güce sahiptir.

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

Elinizdeki çalışmada Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın yaklaşık 5 yıllık öyküsü yer almaktadır. Sağlık Bakanlığı olarak sağlık alanında "nereden nereye" geldiğimizi bu çalışma aracılığı ile sizlerle paylaşmak istedik.

Sağlık gibi en hayati bir alanda verilen hizmetlerin ve alınan olumlu neticelerin mutluluğunu yaşıyor, takdiri halkımıza bırakıyoruz.

Prof. Dr. Recep AKDAĞ
Sağlık Bakanı

Giriş

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

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

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

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

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

Bu çalışma ile, yakın dönem sağlık politikalarından yola çıkılarak özgün bir Türkiye Modeli olarak uygulamakta olduğumuz Sağlıkta Dönüşüm Programıyla "nereden nereye" geldiğimizi örneklerle dikkatinize sunuyoruz. Amacımız ilgili bütün kesimlerle ve sağlığın bütün paydaşlarından alacağımız geri bildirimlerle yolumuza devam etmektir.

BÖLÜM 1



Dünden Bugüne
Sağlık Politikalarımız

Dünden Bugüne Sağlık Politikalarımız

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

1920-1923 Arası Sağlık Politikaları

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

1923-1946 Arası Sağlık Politikaları

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

Bu dönemde,

- 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun (1928),
- 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (1930),
- Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilat ve Memurin Kanunu (1936) gibi halen yürürlükte olan kanunlar çıkarılmıştır.

Refik Saydam döneminde sağlık politikaları şu dört ilke ile belirlenmiştir:

- 1- Sağlık hizmetlerinin plan ve programı ile yönetiminin tek elden yürütülmesi,
- 2- Koruyucu hekimliğin 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 yürütülmüştür,
- Yasal düzenlemelerle, koruyucu hekimlik kavramı geliştirilmiş, yerel yönetimlerin hastane açmaları teşvik edilmiş, her ilçede hükümet tabipliği kurulmuştur,
- Nüfusun çok olduğu yerlerden başlayarak 1924'de 150 ve 1936'da 20 ilçe merkezinde muayene ve tedavi evleri açılmış, hekimlerin serbest çalışmaları yasaklanmıştır,
- Illere rehber olmak üzere ilk olarak 1924'de Ankara, Diyarbakır, Erzurum, Sivas Numune Hastaneleri ve 1936'da Haydarpaşa, 1946'da Trabzon ve 1970'de Adana Numune Hastaneleri açılmıştır.

1946-1960 Arası Sağlık Politikaları

1946 yılında Dr. Behçet Uz, Milli Sağlık Politikası çalışmalarını başlatmış, nüfusa düşen yatak sayısının artırılmasına yönelik politika oluşturmuştur. Her 40.000 nüfusa 10 yataklı Sağlık Merkezleri kurarak koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin bir arada verilmesini hedeflemiştir.

Bu dönemde nüfus esaslı entegre sağlık hizmeti vermek üzere sağlık merkezleri kuruldu, hastanecilik hizmetleri yerel yönetimlerden alınarak Sağlık Bakanlığı'na verildi.

Olağanüstü Sıtma Savaş Kanunu (1945) çıktı. İşçi Sigortaları İdaresi (Sosyal Sigortalar Kurumu) (1946) kuruldu. Ana-çocuk sağlığı (AÇS) hizmetleri (1952) başlatıldı. 1952 yılından itibaren sigortalı işçiler için sağlık kuruluşları ve hastaneler açılmaya başlandı. 1947-1948 yıllarında Bakan Uz'un sağlık planı, nüfusa göre örgütlenme, koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin entegrasyonu, yataklı tedavi hizmetlerinin Sağlık Bakanlığı'nın sorumluluğunda yürütülmesi ekseninde gelişti, tıpta uzmanlaşma ön plana çıktı.

1960-1980 Arası Sağlık Politikaları

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

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

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

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

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

1980-2002 Dönemi Sağlık Politikaları

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

1987 yılında "Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu" çıkarılmıştır. Ancak bu kanunun uygulanmasına yönelik düzenlemeler yapılamadığı ve bazı maddeleri Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edildiği için, kanun uygulamaya konmamış ve bir temenni manzumesi olarak kalmıştır.

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

1992 ve 1993'de birinci ve ikinci Ulusal Sağlık Kongreleri yapılarak, sağlık reformunun teorisi çalışmalarına hız verilmiştir. 1992 yılında 3816 sayılı kanunla sosyal güvenlik kapsamında olmayan düşük gelirli vatandaşlar için yeşil kart uygulaması başlatılmıştır. Böylece sağlık hizmetini alma konusunda yeterli ekonomik düzeyden mahrum olan muhtaç kesimin, sınırlı da olsa, sağlık sigortacılığı içine alınması sağlanmıştır.

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

1998 yılında genel sağlık sigortası, "Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı Kuruluş ve İşleyiş Kanunu Tasarısı" adı altında, Bakanlar Kurulu'nca TBMM'ye sunulmuş, ancak kanunlaşmamıştır. 2000 yılında, genel sağlık sigortası ile ilgili olarak, "Sağlık Sandığı" adı altında tanımlanan bir kanun tasarısı taslağı bakanlıkların görüşüne gönderilmiş ancak bu da sonuçlanmamıştır.

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

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

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

2003 Sonrası Sağlık politikaları: Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı

3 Kasım 2002 seçimlerinin hemen ardından 16 Kasım 2002 tarihinde açıklanan acil eylem planında "Herkesin Sağlık" başlığı altında sağlık alanında yürütülmesi öngörülen temel hedefler belirtilmiştir. Bunların başlıcaları:

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

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

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

2003-2007 yılları sağlıkta birçok taşın yerinden oynadığı önemli bir dönem olmuştur. 2003 yılı başında hazırlanarak kamuoyuna duyurulan program, sosyalizasyon başta olmak üzere geçmiş birikimlerimiz ve tecrübelerimizden, son dönemlerde yürütülen sağlık reformu çalışmalarından ve dünyadaki başarılı örneklerden ilham alınarak hazırlanmıştır.

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

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

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

Parasızlıktan rehin kalan hastalar yerine, sosyal güvenliğin kapsamı ve genel sağlık sigortası ana konular olmuştur. Acil hasta nakli sorunu yerine yoğun bakım yatağı talepleri dile getirilir hale gelmiştir.

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

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

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

BÖLÜM 2



Sağlıkta
Yeni Dönem



Sağlıkta Yeni Dönem

1. İnsan Merkezli Hizmet Anlayışına Doğru Zihniyet Değişimi

Sağlıkla ilgili ihtiyaçlarımız geciktirilemez. Ülkemizde ne yazık ki yıllarca bu gerçek göz ardı edilmişti. Kurumsal kaygılar ve öncelikler bir tarafa bırakılarak hizmetin odağına insanı koyan bir anlayışla yola çıktık.

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

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

Kurumsal kaygılar ve öncelikler bir tarafa bırakılarak hizmetin odağına insanı koyan bir anlayışla yola çıktık.

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

Bir buçuk yıl önce Düzce ilinde başlattığımız aile hekimliği uygulaması şu anda 11 ilimizde devam etmektedir; dokuz milyon vatandaşımız bu uygulamadan yararlanıyor, doktorunu kendi seçebiliyor.

Anne adaylarımızı ve bebeklerimizi hassasiyetle takip ediyoruz. Doğumların sağlık personeli refakatinde yapılması ve aşılama için eksiksiz olması konusunda büyük mesafeler kaydettik.

81 ilimizde özel eğitim almış 2.400 sağlık personelimizle afet durumlarına müdahale etmeye hazır Avrupa'nın en büyük tıbbi kurtarma ekibini kurmuş bulunuyoruz.

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

Artık ülkemizdeki bütün hastanelerimizde Hasta Hakları birimlerimiz bulunmaktadır, hastanelerimizin yarısından fazlasında tercih ettiğimiz doktora muayene olabiliyoruz. Hastanelerimiz tıbbi cihaz ve donanım açısından son derece iyi seviyelere gelmiş durumdadır. On dokuz bin yeni hasta yatağı oluşturduk. Yeni hastane projelerimizde hasta odalarına banyo, tuvalet koyuyor, odaları 1 veya 2 yataklı yapıyoruz. Yoğun bakım yatak kapasitesini iki katına çıkardık.

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

Bu gayretli çalışmaların her saniyesinde emeği ve göz nuru olan sağlık çalışanlarımızın bu fedakârlıklarına yakışır gelir düzeylerine ulaşmaları ve çalışma ortamlarının iyileştirilmesine yönelik çok önemli adımlar attık. Ama bu adımları yeterli görmüyoruz, geliştirerek sürdüreceğiz.

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

Sağlıkta Yeni Dönem

2. Yaygın ve Eşit Sağlık Güvencesi: Genel Sağlık Sigortası

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

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

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

Sağlık hizmet sunucularının hizmet sunum modelleri ve hedef kitleleri arasında birlik sağlanması konusunda radikal değişikliklere gidildi. Kamu sigortacılığı kapsamında olan vatandaşlarımızın özel sağlık kuruluşlarından da hizmet almasına fırsat tanındı ve böylece kamu hastaneleri ile özel hastanelerin hizmet

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

verme tarzı arasında uyum sağlandı. Diğer taraftan devlet hastaneleri ile SSK hastaneleri arasındaki ayrımcılığın ortadan kaldırılmasıyla, kamu hastane işletim modelleri arasında birlik sağlandı.

Bütün sosyal güvenlik kuruluşlarınca ortak bir ilaç veri tabanının kullanılması ile, aynı standartlara dayalı, tek elden ilaç takibi ve kontrolünün yapılmasına imkân sağlayan alt yapı oluşturuldu. Benzer tarzda tek bir sisteme dayalı hak ediş ve hizmet kontrolünü sağlayacak ortak veri tabanları gerçekleştirildi.

Gelir düzeyi düşük olan vatandaşlarımızı kapsayan yeşil kart uygulamasının kapsamı genişletildi ve yeşil kart uygulaması gerçekçi ve etkili bir hale getirildi. Böylece düşük gelir düzeyindeki vatandaşlarımız da SSK, BAĞ-KUR ve Emekli Sandığı'ndan farksız bir sağlık sigortası güvencesine kavuştu. Sağlık hizmeti sunumu tarafı ile bu hizmetin karşılığını ödeyecek sosyal güvenlik kurumları tarafından yapılan uyum çalışmaları, oluşturulacak genel sağlık sigortasına ortam hazırlayan önemli adımlardır.

5502 sayılı kanunla sosyal güvenlik reformunun ilk adımı atılmış oldu ve bütün sigorta kurumları yeniden yapılandırılarak Sosyal Güvenlik Kurumu adıyla tek çatı altında toplandı. Ardından çıkarılan 5510 sayılı kanunla bütün nüfusun sosyal güvenlik kapsamına alınmasının yanı sıra, hak ve yükümlülüklerin belirlenmesi ile sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizliklerin giderilmesi hedeflendi. İzleme ve değerlendirme yapabilecek, bilgiye dayalı politika üretebilecek, kamuya ait sağlık hizmeti satın alma gücünün tek elde toplandığı güçlü bir yapı tasarlandı. Ne var ki, Anayasa Mahkemesinin bazı maddelerini iptal etmesiyle bu kanunun uygulanması 2008 yılı başına ertelendi.

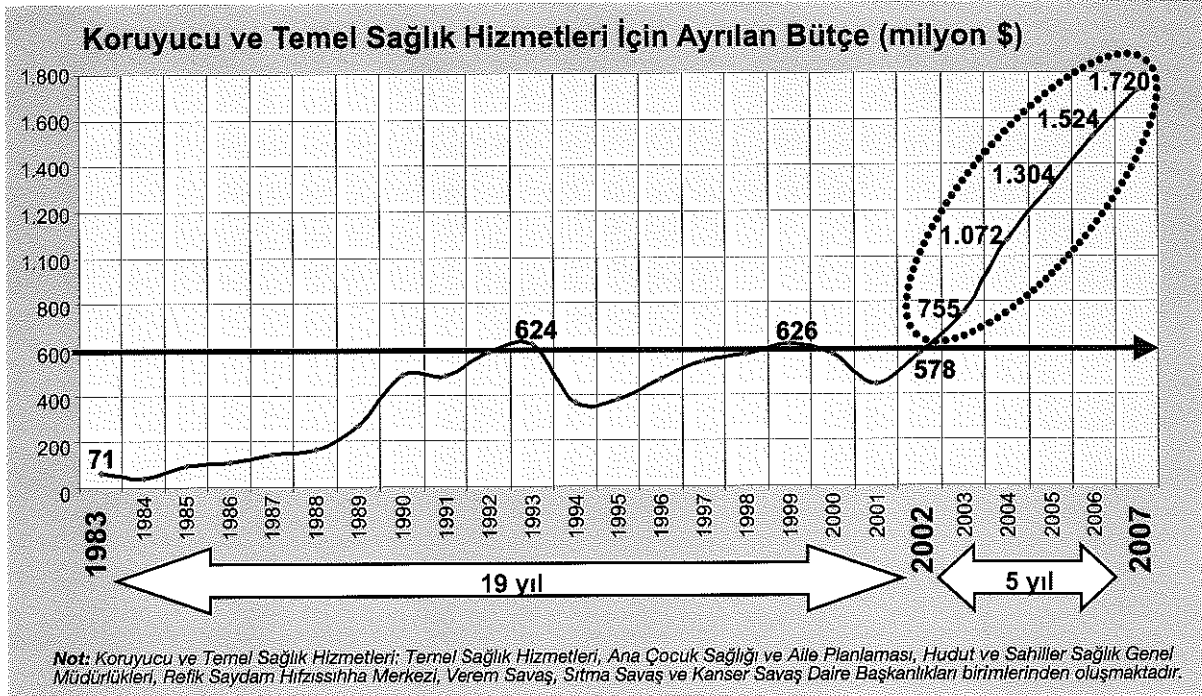
Bu arada Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından yayımlanan Sağlık Uygulama Tebliği vatandaşlarımızın sağlık hizmetlerinden eşit ve kolayca yararlanmasını sağlama yolunda yeni bir dönem başlattı. Yürürlükte olan yasalar çerçevesinde farklı sosyal güvenlik şemsiyesi altındaki vatandaşlarımızı sağlık hizmetleri karşısında eşit hale getirdi. Ayrıca Temmuz 2007 başından itibaren birinci basamak sağlık kuruluşlarımızda verilecek hizmetler için güvencesi olmasa dahi vatandaşlarımızdan hiçbir ücret talep edilmeyecektir. 5510 sayılı kanunun yürürlüğe girmesi ile bu alanda atılan adımların son halkası tamamlanmış olacaktır.

Sağlıkta Yeni Dönem

3. Koruyucu ve Temel Sağlık Hizmetlerinde Seferberlik

Sağlıkta Dönüşüm Programı, temel sağlık hizmetlerinin kurumsal konumunu diğer hizmet düzeyleri üzerinde yetki ve kontrol sahibi olacak bir yapıya kavuşturmayı hedeflemektedir. Genelde toplumu oluşturan bireylerin, özelde ise hastaların ve sağlık çalışanlarının durumlarını iyileştirmek bu konuda yapılacak dönüşümlerin hareket noktasını oluşturmaktadır. Görüldüğü gibi program, sağlık hizmetlerinin sunumunda temel sağlık hizmetlerini esas almaktadır. Bu bakış açısıyla hareket edilerek temel sağlık hizmetleri alanında çok sayıda etkinlik ve proje gerçekleştirildi, adeta çok yönlü bir kampanya yürütüldü. Yeni düzenlemelere odaklanarak mevcut işleyiş ihmal edilmediği gibi, yaygın bir şekilde iyileştirme çalışmaları da yapıldı. Sağlıkta Dönüşüm Programının en belirgin özelliği, dönüşümü gerçekleştirirken mevcut mirasa sahip çıkmak ve onu olabildiğince ileriye götürmektir.

Koruyucu ve temel sağlık hizmetleri koruma altında.

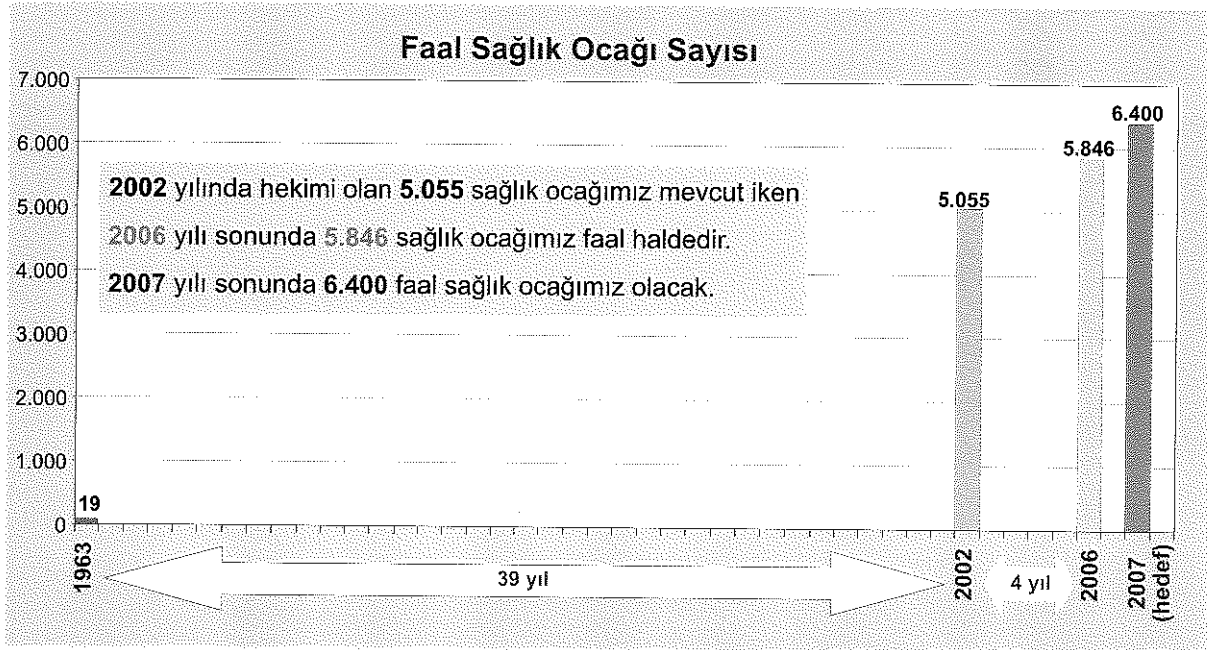


Bu dönemde koruyucu ve temel sağlık hizmetlerinde seferberlik yapıldı ve 2002 yılında 876 milyon YTL olan koruyucu ve temel sağlık hizmetleri bütçesi, 2007 yılında 2 milyar 511 milyon YTL'ye ulaştı.

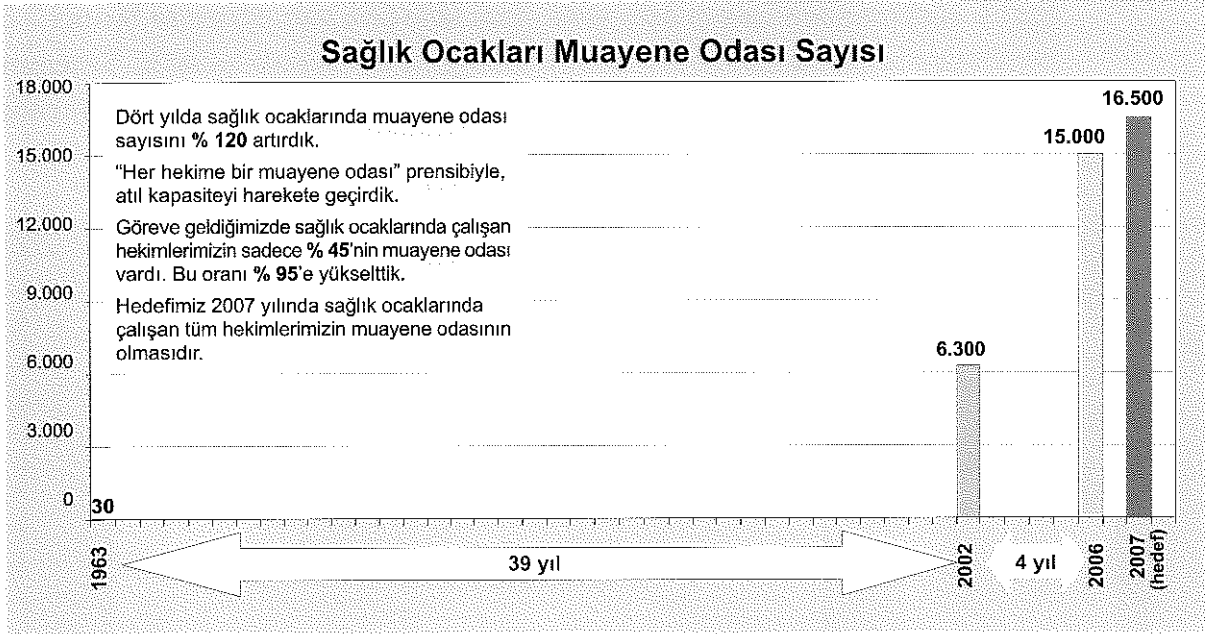
a) Sağlık Ocaklarına Yeni Yüz ve Yeni Görevler

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

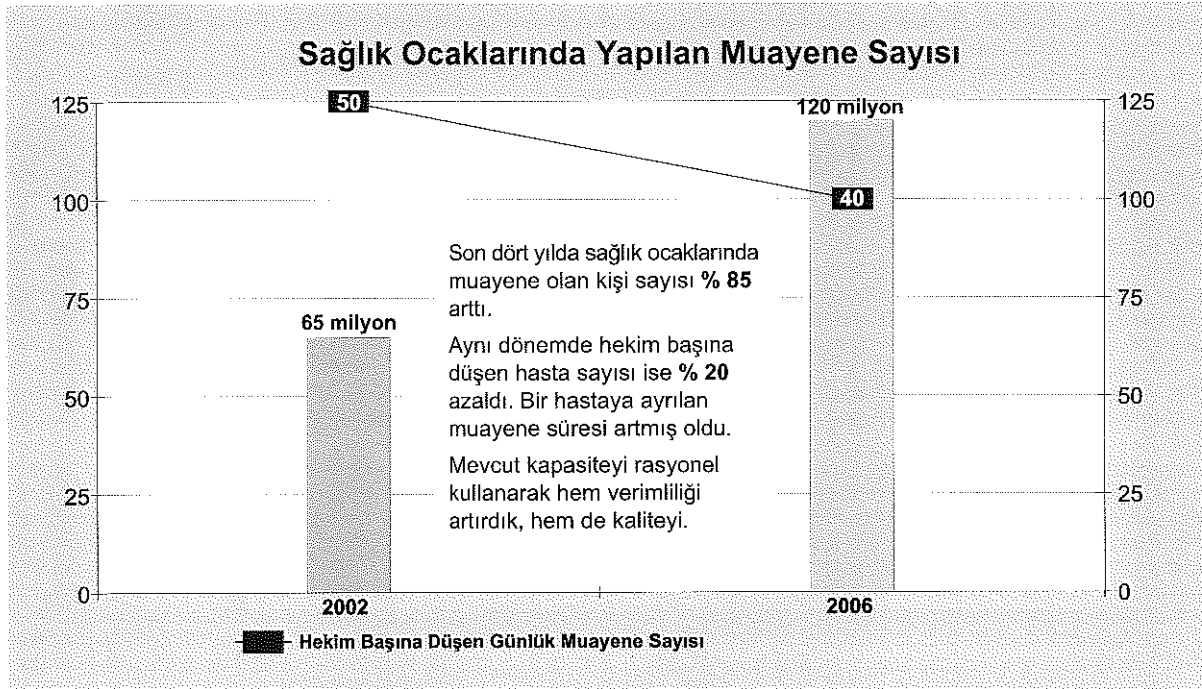
2002 yılında 5.055 olan hekimli sağlık ocağı sayısı, 2006 yılı sonunda 5.846'ya ulaştırıldı. 2007 yıl sonu itibarıyla Aile hekimliği uygulamasına geçilen illerdeki aile sağlığı merkezleri ve toplum sağlığı merkezleri ile birlikte 6.400 sağlık ocağımız hekimli olarak faal hale geçmiş olacaktır.



Sağlık ocaklarında "her hekime oda" ilkesiyle muayene oda sayısı 6.300 den 15.000'e çıkarıldı.

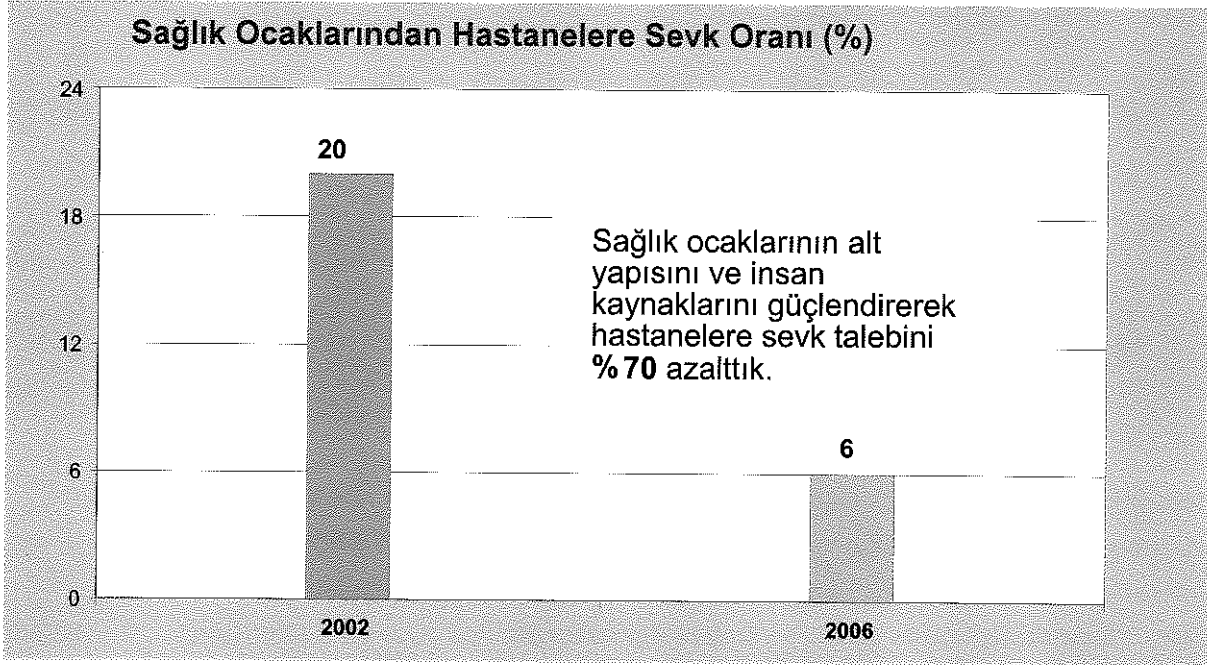


Son dört yılda sağlık ocaklarına başvuran kişi sayısı %85 artmasına rağmen, aynı dönemde hekim başına düşen hasta sayısı %20 azaldı. Bunun anlamı, bir hastaya ayrılan muayene ve ilgi süresinin artmış olmasıdır. Bu ise sağlık hizmetlerinin ilk temas yeri olan sağlık ocaklarında hekimin ve hastanın memnuniyetini artırmıştır.



Not : 2002 yılındaki sayıya SSK Dispanserleri dahildir.

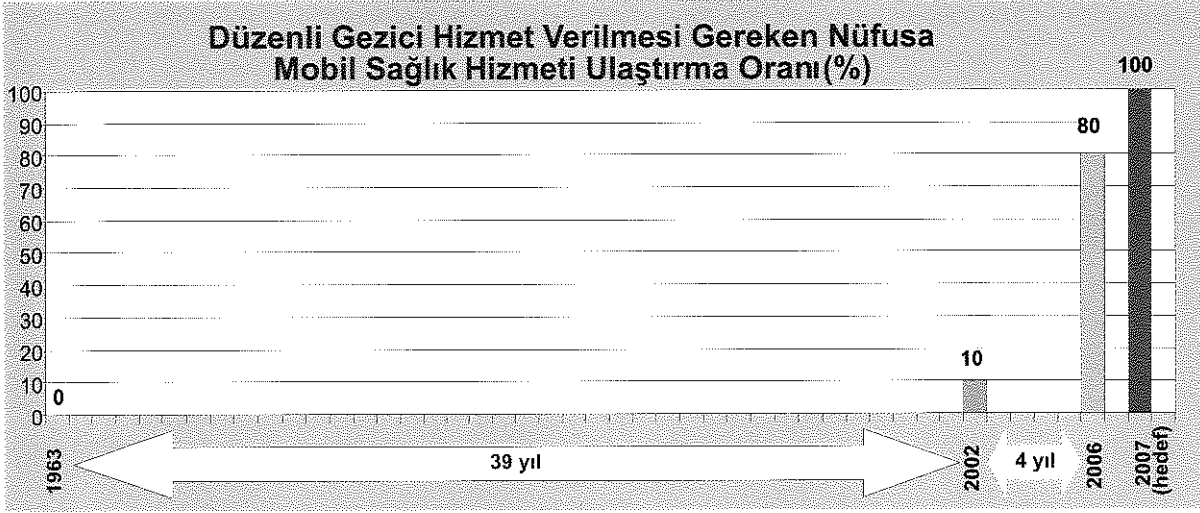
Sağlık ocaklarından hastanelere sevk oranı üçte bire indi. Sistemin birinci basamağında çözülebilecek sorunlar, artan ilgi ve donanımla çözüldü. Sistemin üst basamaklarının gereksiz yere meşgul edilmemesi ile insan kaynağı tasarrufu sağlandı.



2002 yılında 1.572 faal sağlık evimiz mevcut iken 2006 yılı sonunda 4.107 sağlık evimiz faal hale gelmiştir. Faal sağlık evi sayısında nihai hedefimiz 5.950'dir. Bu hedefe 2007 yılı sonunda ulaşmayı planlıyoruz.



Düzenli gezici sağlık hizmeti verilmesi gereken nüfusa sağlık hizmeti ulaştırma oranı %10'dan %80'e çıktı.



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

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

2007 yılında gezici sağlık hizmetlerini tüm ülkeye yaygınlaştırmış olacağız.

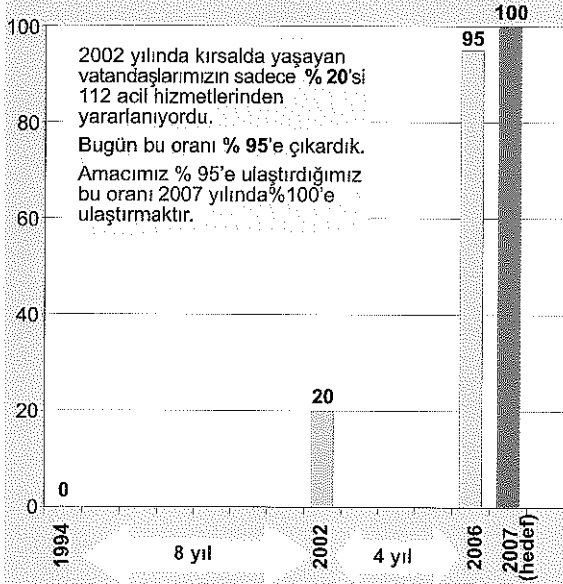
b) Acil Sağlık Hizmetleri Hızlandı

Acil sağlık hizmetleri üzerinde önemle durulması gereken bir halk sağlığı sorunudur. Acil hastalık ve yaralanma hallerinde en kısa sürede bir sağlık ekibiyle birlikte olay yerine ulaşmak, yerinde ilk müdahaleyi yapmak ve gerekiyorsa en kısa sürede ihtiyacı olan sağlık yardımını alabileceği bir merkeze ulaştırmak amacıyla Sağlık Bakanlığı bünyesinde 112 Acil Sağlık Hizmetlerinin kuruluşunun onuncu yılında ülke genelinde bütün illerimizde Komuta Kontrol Merkezimiz mevcuttur.

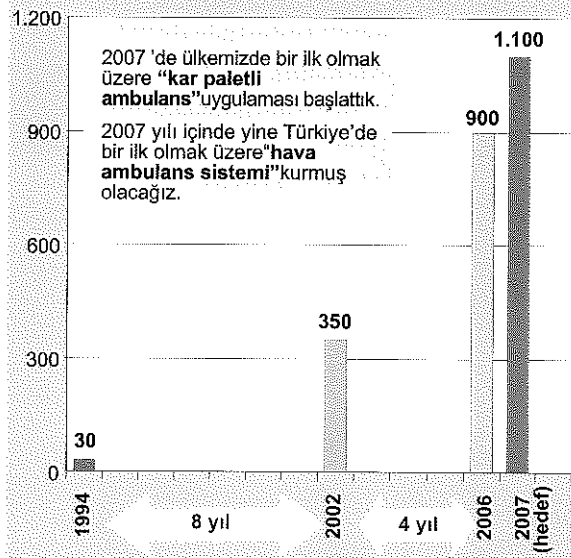
Sağlığa giden
yolda ilk durak:
112 sağlık istasyonu

Son 4 yılda acil hasta taşıma hizmetleriyle ilgili gücümüz iki katın üstünde gelişti. Artık vakaların %90'ına ilk on dakikada ulaşılabilmektedir. 2003 yılı başında 618 olan tam donanımlı ambulans sayısı bugün 1468'e ulaştı. 2003 yılı başında 481 olan istasyon sayısı geçen süre içinde 1179'a ulaştı.

112 Hizmeti Alabilen Kırsal Nüfus Oranı (%)

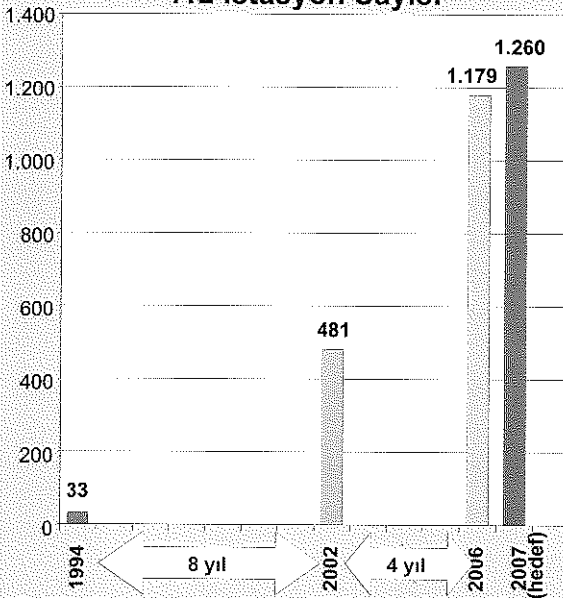


112 Vaka Sayısı (Bin)

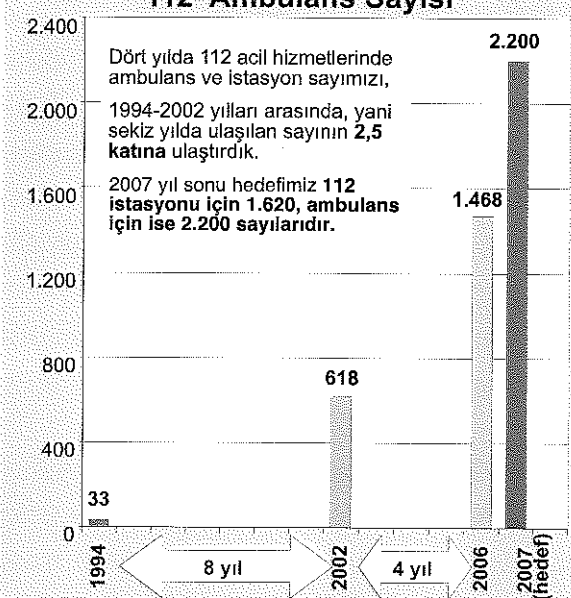


112 Acil hizmetlerinden yararlanan kişi sayısı 2002 yılında 350 bin iken, 2006 yılında 900 bin kişiye ulaştı. 2002 yılında kırsalda yaşayan vatandaşlarımızın sadece %20'si 112 acil hizmetlerinden yararlanıyordu; bugün ise bu oran %95'i buldu.

112 İstasyon Sayısı



112 Ambulans Sayısı



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

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

Afetlerde Sağlık Organizasyonu Projesi yurdumuzda, başta deprem olmak üzere yaşanabilecek muhtemel afetler için hayata geçirildi. Afetlerde en kısa sürede medikal kurtarma hizmetlerinin sunulması, hasta veya yaralı naklinin en hızlı ve güvenli şekilde sağlanması ve bütün bu işler için gerekli profesyonel yönetim organizasyonunda görev alacak iyi eğitilmiş ve ihtiyaca uygun donatılmış ekipler teşkil edildi. Özellikle Türkiye nüfusunun %95'inin deprem kuşağında bulunduğu gerçeği, bu alanda uzmanlaşmanın ve hazırlıklı bulunmanın önemini yeterince ortaya koymaktadır.

Avrupa'nın en büyük Medikal Kurtarma Ekibi

Proje kapsamında, Bakanlığın kontrolünde bütün illerde oluşturulan "Ulusal Medikal Kurtarma Ekipleri" (UMKE) mensubu 2.400 sağlık personelimize temel ve tamamlayıcı eğitimler verildi. Bu eğitimlerin kapsamı aşağıdaki gibidir.

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

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

AVRUPA'NIN EN BÜYÜK MEDİKAL KURTARMA EKİBİ

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

Üç yıl içinde gönüllülük esasına göre 81 ilimizde oluşturulan Ulusal Medikal Kurtarma Ekiplerinde görev alan 2.400 personelin temel eğitimlerini gerçekleştirdik.

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

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

Yurtdışı

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

Yurtiçi

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

d) Kronik Hastalıklar İçin Toplumsal Hareket ve Bilinç Gelişimi

Kronik hastalıklar ile ilgili, birinci basamak ve ikinci basamak sağlık kuruluşlarının işbirliğinin artırılması, hastalıktan korunma, erken tanı, uygun tedavi ve hastaların düzenli takiplerini sağlamaya yönelik sistemin yerleştirilmesi; morbidite ve mortaliteyi azaltarak hayat kalitesinin artırılması amacı ile "Birinci Basamakta Kronik Hastalıklar Kontrol Programı" başlatıldı.

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

Tarihe not
düşüyoruz:
Kanser tarama ve
eğitim merkezleri

Ülkemizin kanser kontrol programının planlanabilmesinde politika ve strateji geliştirilmesi amacıyla Ulusal Kanser Danışma Kurulu oluşturuldu. Son dört yılda 49 ilimizde "Kanser Tarama ve Eğitim Merkezi" açıldı. Bu merkezlerde ödeme gücü olmayan vatandaşlarımıza tarama hizmetleri ücretsiz verilmektedir.

e) Bulaşıcı Hastalıklarla Etkili Mücadele

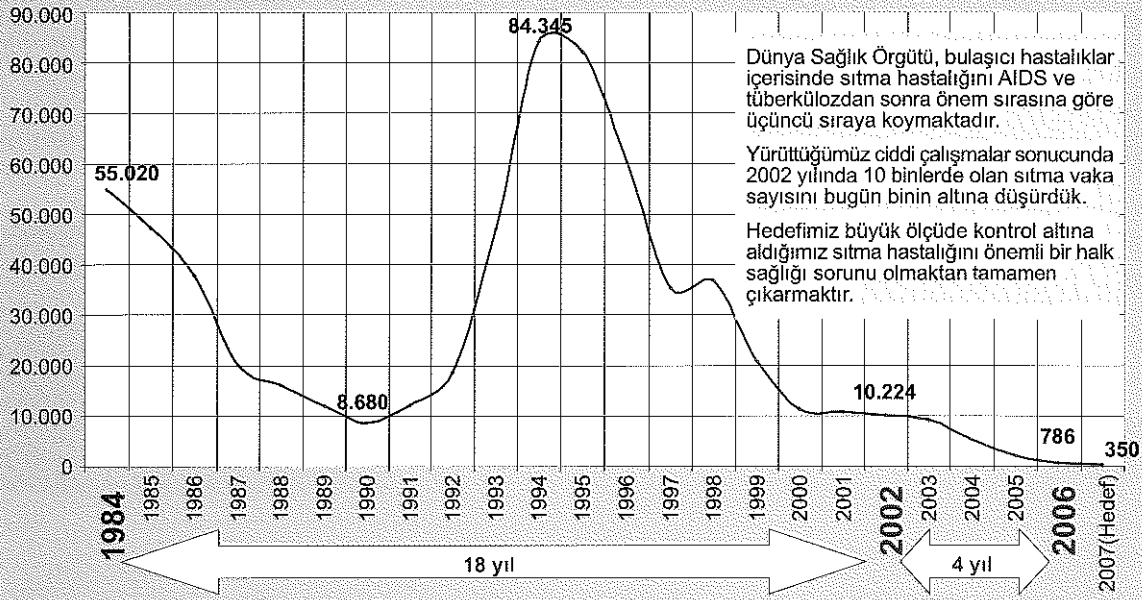
Bakanlığın bulaşıcı hastalıklar alanında yoğun bir şekilde yürütmekte olduğu çalışmalar ve sonuçlarından birkaç örnek vermek yeterli olacaktır. Sıtma ile savaşta büyük bir başarı kaydedildi. 2002 yılında 10 binin üzerinde olan sıtma vaka sayısı, 2006 yılında 786'ya düşürüldü.

"Sıtma Savaş"ta
Zaferin Adı:
Kararlılık ve İstikrar

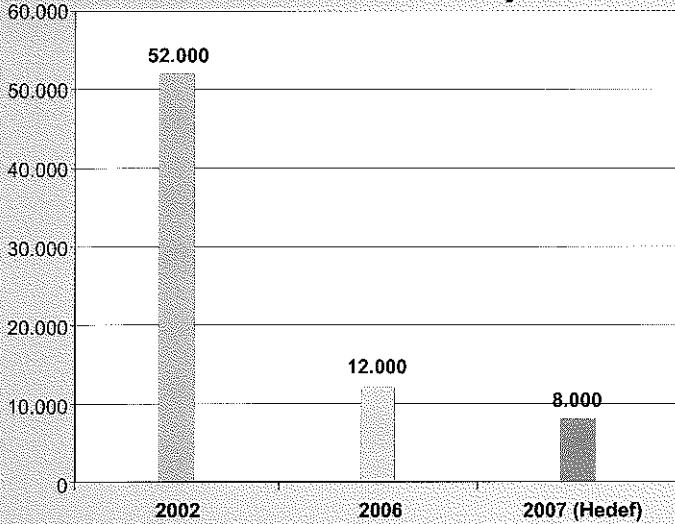
2004 yılında 5 bin civarında olan şark çibani vaka sayısı yapılan etkili çalışmalar sonucunda 1.800'lere düşürüldü.

Yurt genelinde 2002 yılında 52 bin olan dizanteri -tifo vaka sayısı, 2006 yılında 12 bine geriledi.

Sıtma Vaka Sayısı



Dizanteri-Tifo Vaka Sayısı



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

Yürüttüğümüz ciddi çalışmalar sonucunda 2002 yılına göre dizanteri ve tifo vaka sayısı % 80 azaldı.

Hedefimiz, kontrol altına aldığımız dizanteri ve tifo hastalığını halk sağlığı sorunu olmaktan çıkarmaktır.

Eski Soruna Yeni Çözümler:

SITMAYI HATIRLAMAMAK ÜZERE UNUTMAK İÇİN

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

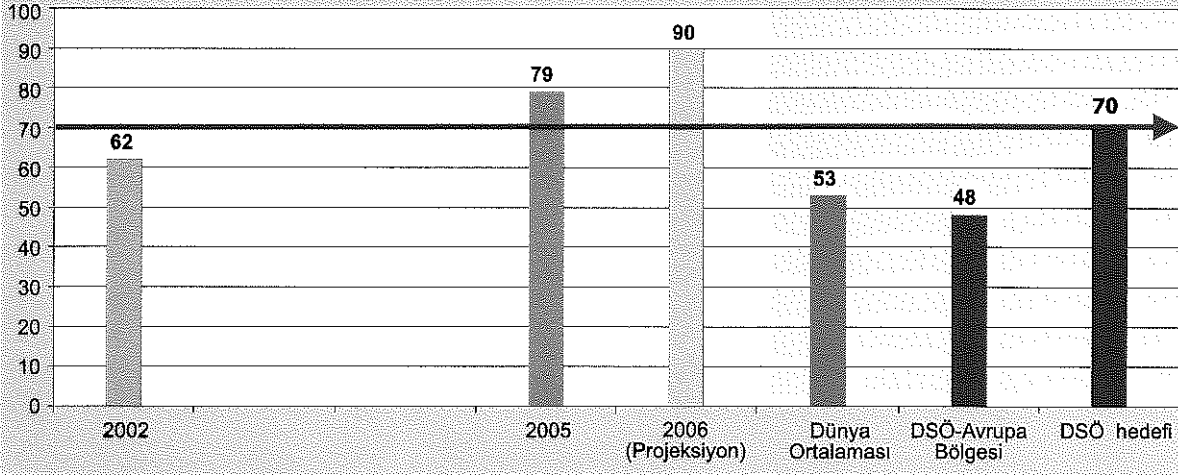
Yıllarca vektör mücadelesi amacı ile kullanılan insektisit grupları değiştirilerek daha etkili ve uygun ilaçların alınmasına özen gösterildi. Vektör kontrolü amacıyla sıtma yoğun bölgelerde özel çalışma programları hazırlanarak, bu programların kontrolü düzenli olarak yapıldı. Sıtma yoğun illerde koordinasyon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

Yaptığımız ve geliştirdiğimiz etkili mücadele ile 2002 yılında 10.224 olan sıtma vaka sayısı 2006 sonu itibariyle 786' ya düştü...

Verem hastalığı ile savaşta, kesin teşhis ve mikrop bulaştıran vakaların kayıt altına alınması için yayma (smear) yöntemi ile tespit büyük önem taşımaktadır. 2007 Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Küresel Tüberküloz Raporu'na göre, 2002 yılında Türkiye için öngörülen veremli hasta sayısının %62'sine yayma (+) yöntemi ile ulaşılmışken, 2005 yılında bu oran %79 olmuştur. Böylece bu konuda DSÖ'nün ülkeler için asgari hedef olarak belirlediği %70'in üzerine çıkmıştır.

Verem hastalığı uzun süreli tedavi gerektirdiğinden, hastaların uyumu ve kontrol altında olması büyük önem taşımaktadır. Verem hastalığıyla mücadelede

Yıllara Göre Yayma (+) Verem Hastası Yüzdesi



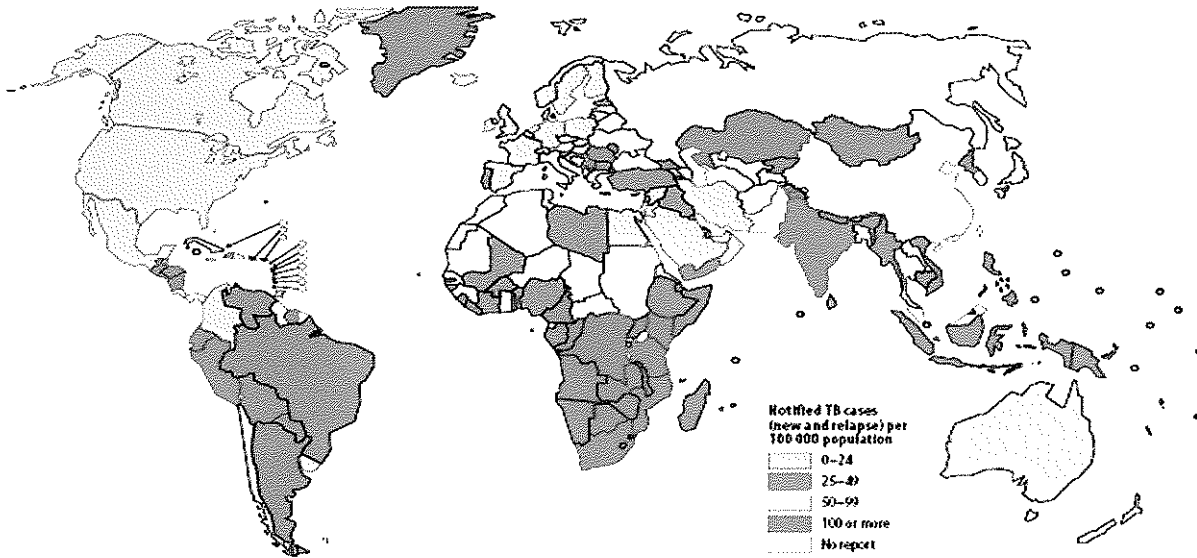
Verem hastalığı ile savaşta, kesin teşhis ve mikrop bulaştırıcı vakaların kayıt altına alınması için yayma (smear) yöntemi ile tespit büyük önem taşımaktadır.

2007 DSÖ Küresel Tüberküloz Raporu'na göre, 2002 yılında Türkiye için öngörülen veremli hasta sayısının %62'sine, "yayma (+)" yöntemi ile ulaşılmışken 2005 yılında bu oran % 79 olmuştur. Bu konuda DSÖ, ülkeler için asgari %70'i hedef seçmiştir.

"Doğrudan Gözetim Altında Tedavi" uygulamasına 2003 yılında başlanmıştır; artık veremli hastalarımızın tedavisi bu yolla yürütülmektedir. Doğrudan Gözetimli Tedavi (DGT): Verem hastalarının ilaçlarının tam tedavi sağlanıncaya

FIGURE 1

Tuberculosis notification rates, 2005



WHO REPORT 2007

23

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

kadar bizzat bir sağlık personeli tarafından verilmesidir. 2006 yılında DGT'yi ülkemizin tümüne yaygınlaştırdık.

2002 yılında bildirilmiş kızamık vakası 7.804 iken, kızamık eliminasyon programının bir sonucu olarak 2006 yılında sadece 34 vaka görülmüştür.

BAŞARI ÖYKÜSÜ

Bir rüya gerçekleşiyor:
KIZAMIKTA SIFIRA AZ KALDI

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

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

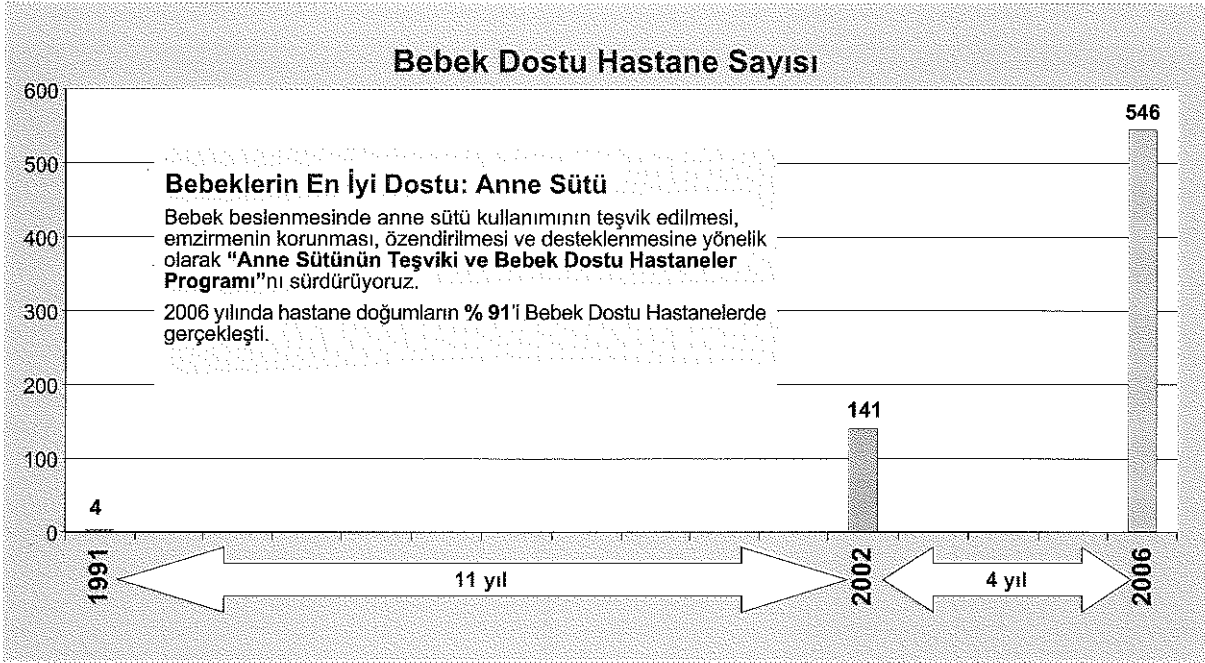
Kampanya çerçevesinde 18.217.000 çocuğumuzu aşıladık. Bu kampanyada aşılama oranı %97 olarak gerçekleşti. **Kampanya, Cumhuriyet tarihinin ve Avrupa'nın en büyük hedef nüfusa sahip aşılama çalışmasıdır.**

Kampanya ve sonrasında yapılan aşılama çalışmalarının sonucunda ülkemizde 2001 yılında 30.509 olan kızamık vaka sayısı 2006 yılında 34 oldu. Rüyalara gerçekleşiyor: Sifira az kaldı...

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

f) Anne ve Çocuk Sağlığı

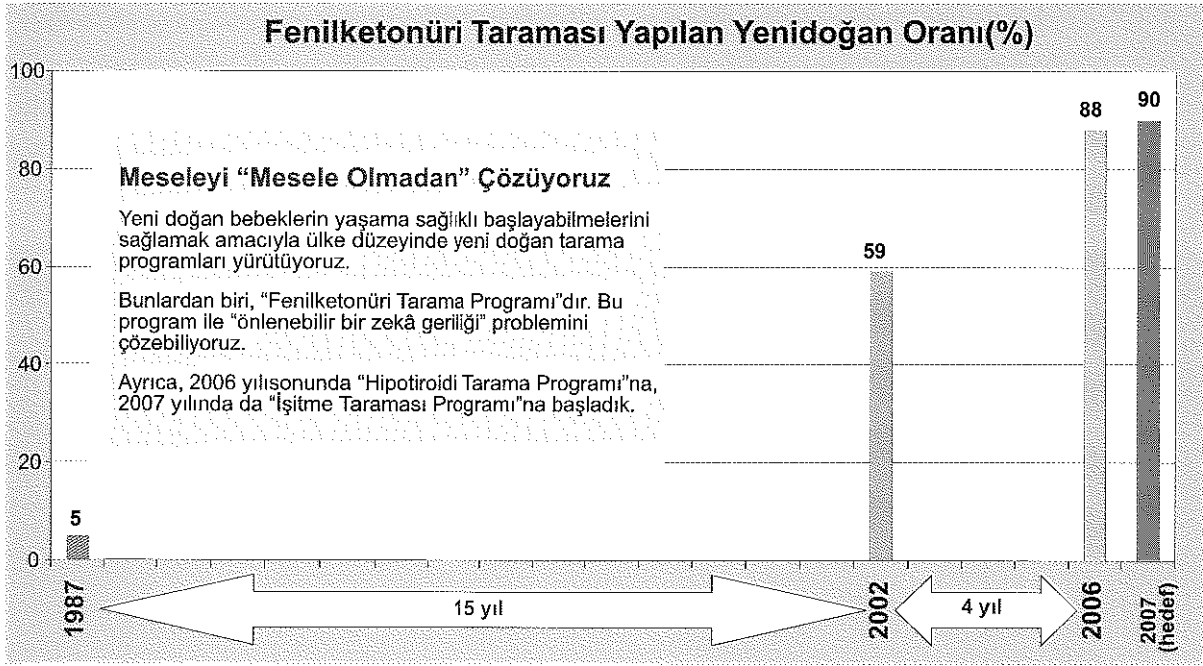
Sağlık verilerinin en önemli kriteri olan bebek sağlığının iyileştirilmesi amacıyla başlatılan "Bebek Dostu Hastane" sayısı 2002 de 141 iken 2006 yılında 546'ya ulaştı.



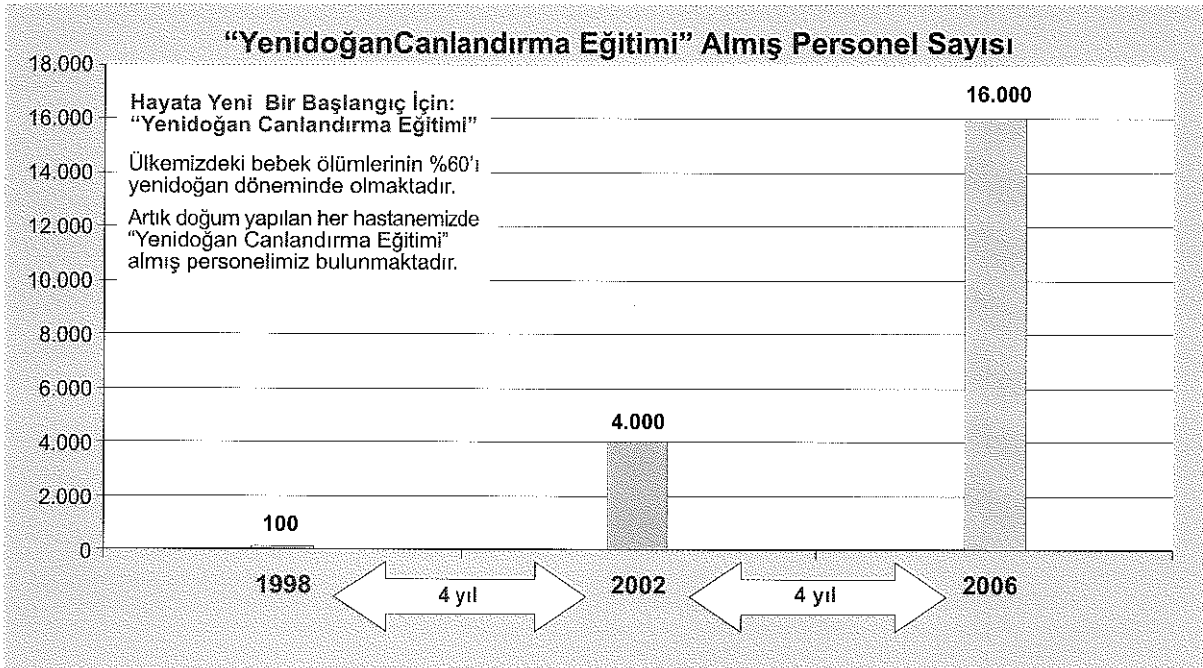
Bebeklerimizi ve gebelerimizi kansızlıktan korumak amacıyla gebelere ücretsiz demir desteği verilmeye başlandı. Her yıl 1 milyon gebe bu hizmetten faydalanmaktadır. Bebeklerimizin kemik gelişimini destekleyen D vitamini de ücretsiz dağıtılmaya başlandı.

Yeni doğan bebeklerin hayata sağlıklı başlayabilmelerini sağlamak amacıyla ülke düzeyinde yeni doğan tarama programları hızlandırıldı ve yaygınlaştırıldı. Yakalandığında kolayca önlenebilen, ancak kaçırıldığında telafisi imkansız sonuçlar doğuran fenilketonüri taramalarında hedef nüfusun %88'ine ulaşıldı. Aynı hayati öneme sahip konjenital hipotiroidi taraması da yaygın biçimde başladı. Toplam 26 ilimizin hastanelerinin yer aldığı Bakanlığımıza bağlı 39 kurumda, Yenidoğan İşitme Taraması Ünitelerinin kurulması tamamlandı, işitme taramalarına başlandı. Yaklaşık 158 bin bebeğimiz bu taramadan geçirildi.

Düşük maliyet,
yüksek etkinlik:
Demir gibi Türkiye



Yeni doğan canlandırma programının başlangıcından bu güne 16 bin sağlık personeline eğitim verildi. Artık doğum yapılan tüm birimlerimizde eğitimli personeller hazır bulunmaktadır.



Daha düne kadar vatandaşımız sağlık kuruluşlarının kapısından çevrilirken bugün, toplumun en yoksul %6'lık kesimine, gebe ve çocuklarının sağlık takiplerini yaptırmaları şartıyla aylık 17 YTL nakit para yardımı yapılmakta, doğumlarını sağlık kuruluşlarında yaptırmaları halinde gebelere ayrıca 55 YTL yardımda bulunmaktadır.

DEMİR GİBİ TÜRKİYE

Gebelere ve Bebelere Demir Desteği

Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre, dünya nüfusunun yaklaşık %30'unda, dünyadaki gebe kadınların ise yarısından fazlasında demir eksikliği anemisi olduğu tahmin edilmektedir. Dünyadaki tüm kadınların da 1/3'ünden fazlasında anemi vardır.

Ülkemizde de çok yaygın görülen demir eksikliği, 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.

İnsanın büyüme ve gelişmesi özellikle doğumu izleyen ilk 18 aylık döneminde çok hızlı olduğundan, bebek ve küçük çocukların beslenme durumu çocuğun daha sonraki fiziksel, zihinsel ve sosyal gelişmesi açısından büyük önem taşır. Demir eksikliği anemisi bu çocuklarda büyüme ve gelişme geriliği, dikkat eksikliği ve enfeksiyonlara karşı dirençte azalma, dil ve okul gelişiminde bozukluk meydana getirmektedir.

Bu önemli halk sağlığı sorununun çözümü için ülke düzeyinde; toplumun demir yetersizliği konusunda bilinçlendirilmesi, bebeklerin ilk 6 ay anne sütü alması ve 6. ayın sonunda uygun ve yeterli miktarda ek besine geçilerek, emzirmenin 2 yaşına kadar sürdürülmesi, 4-12 ay arası her bebeğe koruyucu amaçlı ücretsiz demir desteği sağlanması ve 13-24 ay arası anemisi olan bebeklere demir tedavisi önerilmesi amacıyla "**Demir Gibi Türkiye Programı**"nı başlattık. **Program başlangıcından 2006 yılı sonuna dek 2.636.804 bebeğe demir desteği sağladık.**

Demir Gibi Türkiye programının ardından Gebelerde Demir Destek programını da başlatarak, kapsamı daha da genişlettik. **Gebelere 2006 yılsonu itibari ile bir yıllık süreçte 1.368.569 kutu demir preparatı dağıttık.**

Demir gibi Türkiye programının etkilerini incelemek maksadıyla Bakanlığımız ve Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Sosyal Pediatri Anabilim Dalı işbirliğinde Mart-Nisan 2007'de "Demir Eksikliği Araştırması" yapılmıştır. **Ön sonuçlara göre 0-2 yaş grubunda anemi görülme sıklığı %7.6 olarak tespit edilmiştir. Bebeklerimizin daha sağlıklı ve bilişsel açıdan da üst düzeyde olmaları yolunda katettiğimiz mesafe bu sonuçlarla daha da netleşmiştir.**

2004 yılı mart ayından bugüne kadar **1 milyon 600 bin** vatandaşımız bu teşvikten yararlandırıldı.

Yataklı tedavi kurumlarında doğum yapan tüm annelere ulaşmak amacıyla 2004 yılında "Bilinçli Anne, Sağlıklı Bebek Programı" başlatıldı. Bu program ile annelerin hastaneden ayrılmadan kendilerinin ve bebeklerinin sağlıklarını ilgilendiren temel konularda bilgilendirilmeleri amaçlanmaktadır. Bebeklerin doğdukları ilk anlarda, ailelere bebeklerin sağlıklı gelişimine yönelik temel bakım ve sağlık bilgileri verilmekte ve annelere "Bilinçli Anne Sağlıklı Bebek Rehberi" dağıtılmaktadır. Başlangıcından bu güne 2 milyona yakın anneye ulaşılmıştır.

Sağlıklı anne,
sağlıklı nesil

AZ KALDI...

Anneler Anneliklerini Yapabilecek...

Anne Ölümlerini Önleme Yolunda, Avrupa Ortalamasını Yakalıyoruz...

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

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

Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan hesaplamalara göre dünyada yılda 529 bin anne ölümü meydana gelmektedir. Anne ölümlerinin %99'u gelişmekte olan ülkelerdedir. Anne ölüm oranında dünya ortalaması yüz binde 400'dür. Afrika kıtasının ortalaması yüz binde 870, Japonya hariç tutulduğunda Asya ülkelerinde yüz binde 380 olan anne ölüm oranı, Avrupa'da yüz binde 24'tür. Türkiye'de anne ölüm oranlarına ilişkin bilgiler son yıllara kadar sınırlılık göstermekteydi. Mevcut ulusal düzeyi yansıtan oranlar nüfus araştırmaları içinde elde edilmişti. 1997-1998'de bir yıl süreyle, 53 ilin, 615 doğum yapılan hastanesinde anne ölüm kayıtlarının izlenmesiyle hastane ölümlerinde yüz binde 49,2 rakamına ulaşılmıştır.

Ulusal Anne Ölüm Oranımızın tespiti amacıyla yapılan Ulusal Anne Ölüm Araştırması 1 Haziran 2005-31 Mayıs 2006 tarihleri arasında gerçekleştirilmiş olup, 8 Aralık 2006 tarihinde gerçekleştirilen toplantıda sonuçlar kamuoyu ile paylaşılmıştır.

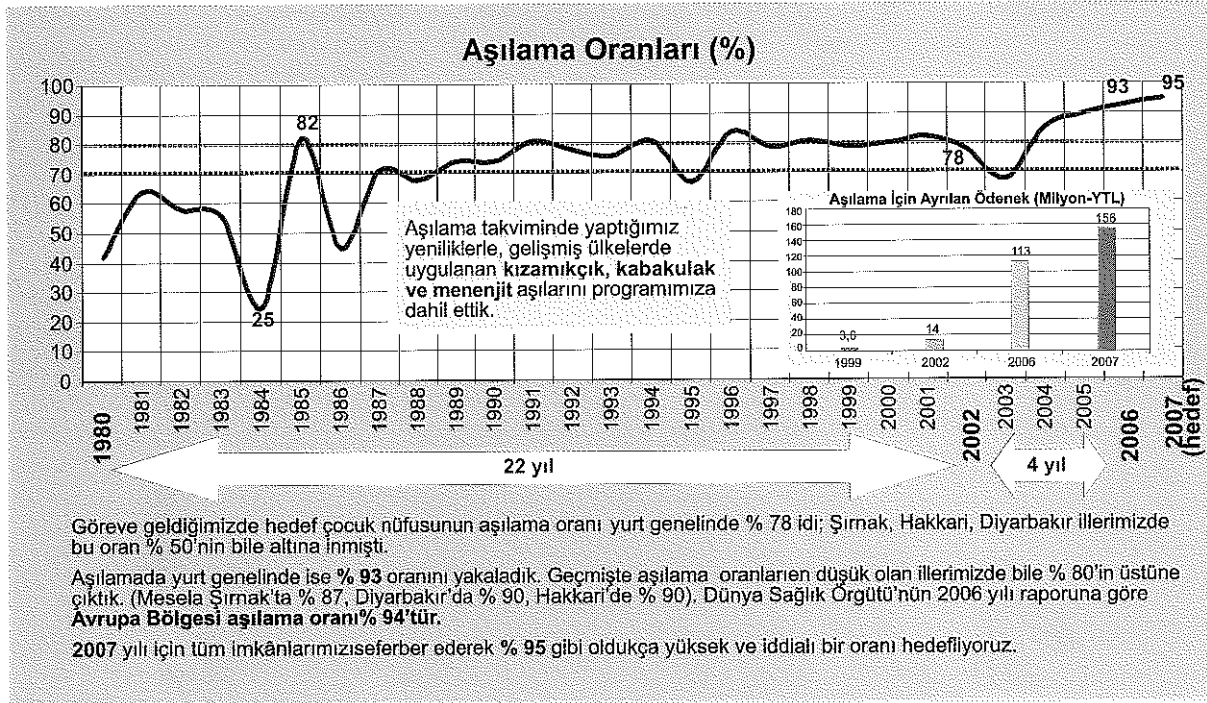
Söz konusu çalışma bilimsel yeterlilik anlamında Cumhuriyet döneminin tek çalışmasıdır. Bu araştırma ile 2005-2006 yıllarında anne ölüm oranının yüz binde 28.5 olduğu tespit edilmiştir. Türkiye hem ilk kez geniş boyutlu bir saha araştırmasıyla anne ölümlerindeki güncel ve gerçek rakamlarına ulaşmış; hem de anne ölümlerini azaltmada ne denli başarılı işler yaptığını, Avrupa ortalamasına çok yakın bulunan anne ölüm oranıyla ortaya koymuştur.

Bu husustaki hedefimiz anne ölüm oranını 2010 yılı sonunda yüz binde 20'nin altına indirmektir.

g) Başıklama Programları

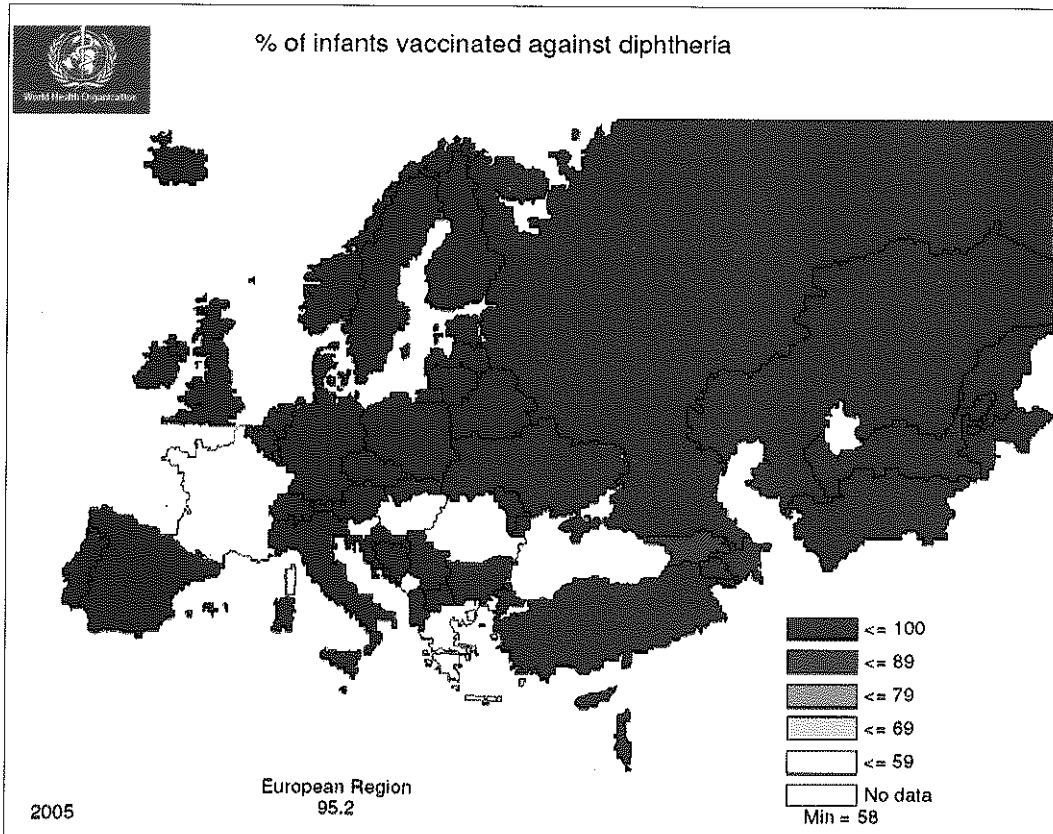
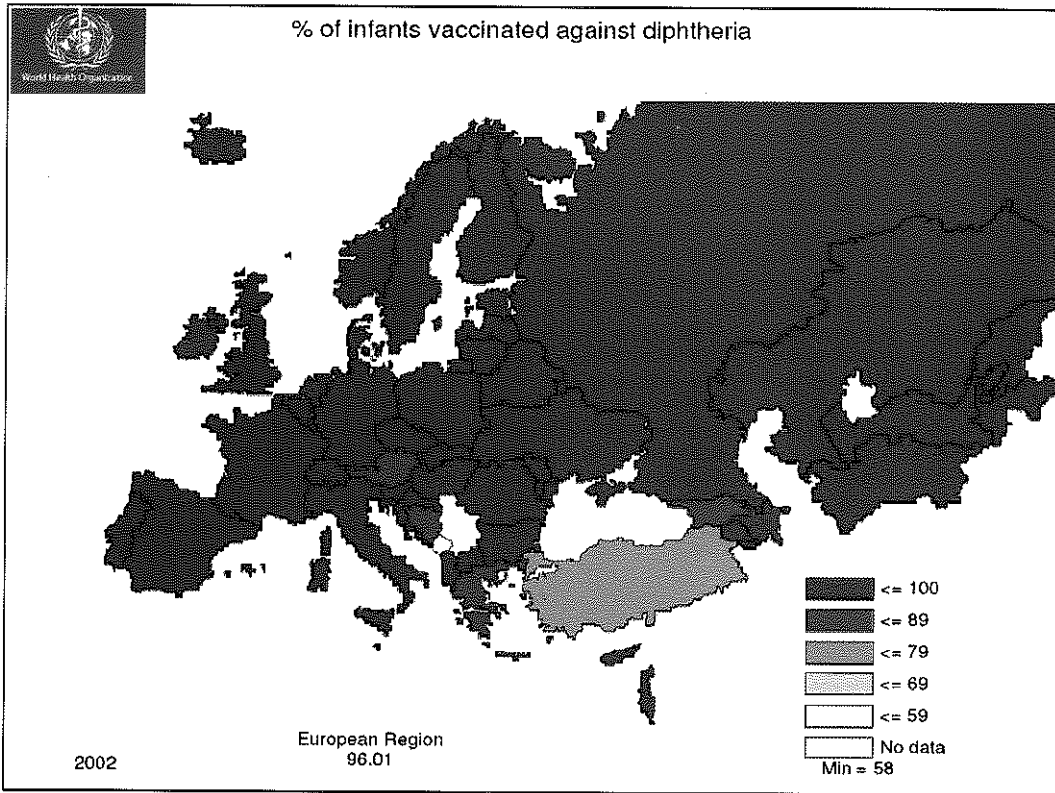
2002 yılında hedef çocuk nüfusunun aşılama oranı yurt genelinde %78 idi; Şırnak, Hakkâri, Diyarbakır illerimizde bu oran %50'nin bile altına inmişti. 2006 yılında aşılamada yurt genelinde %93 oranı yakalanmıştır. Geçmişte aşılama oranları en düşük olan illerimizde bile, dönemimizde %80'in üstünde başarı elde edilmiştir. Yine 2002 yılında aşya ayrılan bütçe 14 milyon YTL iken, 2007 yılında 156 milyon YTL 'ye ulaşmıştır. Daha önce aşılama programında mevcut olmayan kızamıkçık, kabakulak ve menenjit (MMR) aşuları standart aşılama takvimine dâhil edilmiştir.

Geleceğimizin
teminatı çocuklarımız
teminat altında

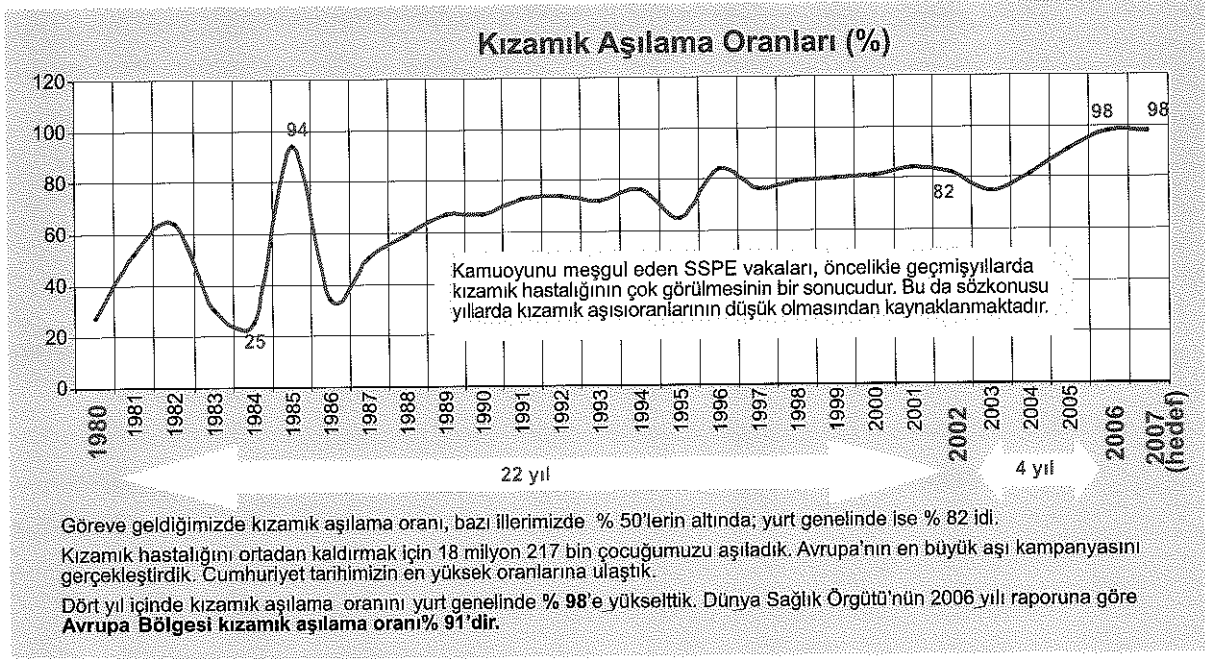


Kızamık hastalığını ortadan kaldırmak için 2003 ve 2004 yıllarını kapsayan büyük bir aşı kampanyası yapılarak 18.217.000 çocuğumuz aşılanmıştır. Bu kampanyada aşılama oranı %97 olarak gerçekleşmiştir. Kampanya, Cumhuriyet tarihinin ve Avrupa'nın en büyük hedef nüfusa sahip aşılama çalışmasıdır.

Çocuklarımız aşılanıyor,
ülkemizin yüzü kızarmıyor



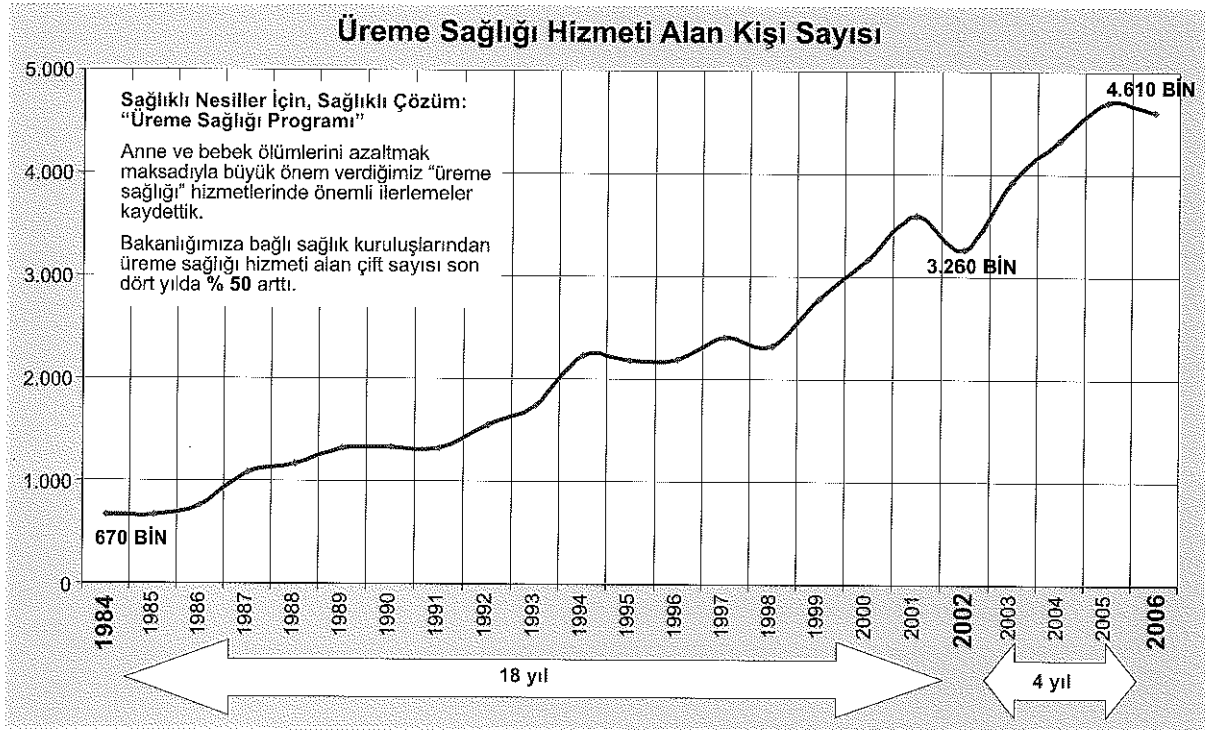
Bu çalışmalarımız kısa sürede meyvesini vermiş ve 2002 yılında yurt genelinde 7.804 adet kızamık vakası görülmüşken, bu rakam 2006 yılında sadece 34 vakaya düşmüştür.



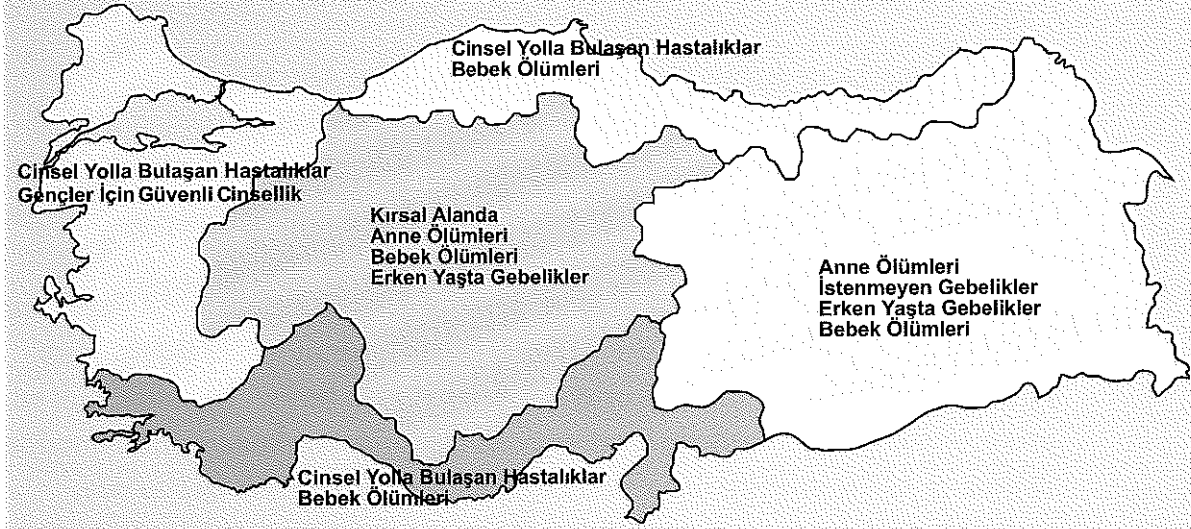
h) Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Programı

Ülkemizde cinsel sağlık ve üreme sağlığı alanında hizmetlerin kullanılabilirliği ve erişilebilirliğinin artırılması, hizmet kalitesinin yükseltilmesi amacıyla Bakanlığımızın yürütmekte olduğu çalışmalara doğrudan destek sağlamak ve sivil toplum kuruluşlarıyla olan işbirliğinin güçlendirilmesini sağlamak amacıyla, Avrupa Birliği işbirliğinde Türkiye Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Programı yürütülmektedir. 2002 yılında Bakanlığımıza bağlı sağlık kuruluşlarından üreme sağlığı hizmeti alan çift sayısı 3.260.000 iken, 2006 yılında bu sayı 4.610.000'e yükselmiştir.

Sağlık Bakanlığı ve Türk Silahlı Kuvvetleri arasında, üreme sağlığı ve aile planlamasında erkeklere yönelik eğitim çalışmaları konusunda işbirliği başlatıldı. Bu kapsamda er ve erbaşlara yönelik Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Danışmanlık Eğitimlerini yapmak üzere Türk Silahlı Kuvvetleri bünyesinde 3150 askeri sağlık personeline eğitici eğitimi verildi. Bu eğitilen personel kanalıyla tüm birliklerde üreme sağlığı eğitimlerine başlandı. Nisan 2004'ten bugüne kadar 1 milyondan fazla er ve erbaşa bu eğitim verildi. Vatani hizmetini yapan her gencimizin bu eğitimleri alarak terhis olması hedeflenmektedir. Böylece her yıl, 500 bin genç erkek üreme sağlığı eğitimi almış olarak evine dönecektir.



Üreme Sağlığı Programında Önceliklerimiz

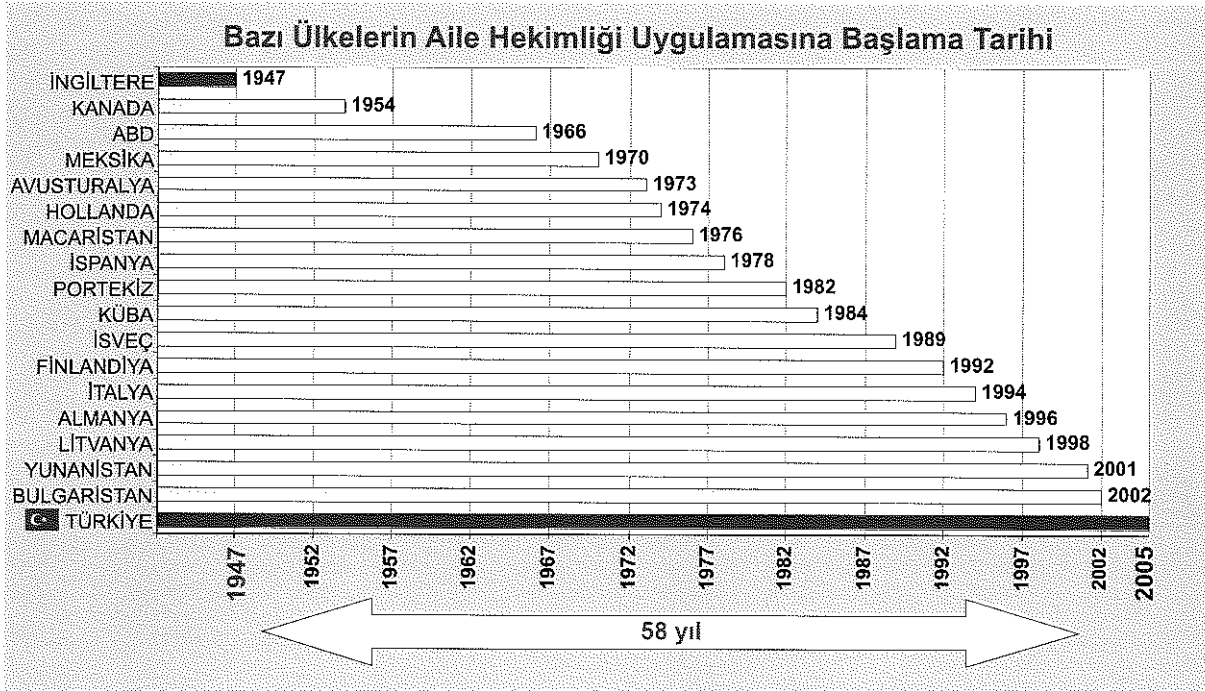


Sağlıkta Yeni Dönem

4. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Dönüşüm: Aile Hekimliği

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

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



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

Sağlık sisteminde
merkezi rol:
Aile Hekimliği

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

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

Artık Hekiminiz
Ailenizden birisi olacak

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

Sağlık harcamalarında israfı önler, ikinci basamakta gereksiz yığılmaları, kuyrukları ve hasta mağduriyetlerini engellerler.

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

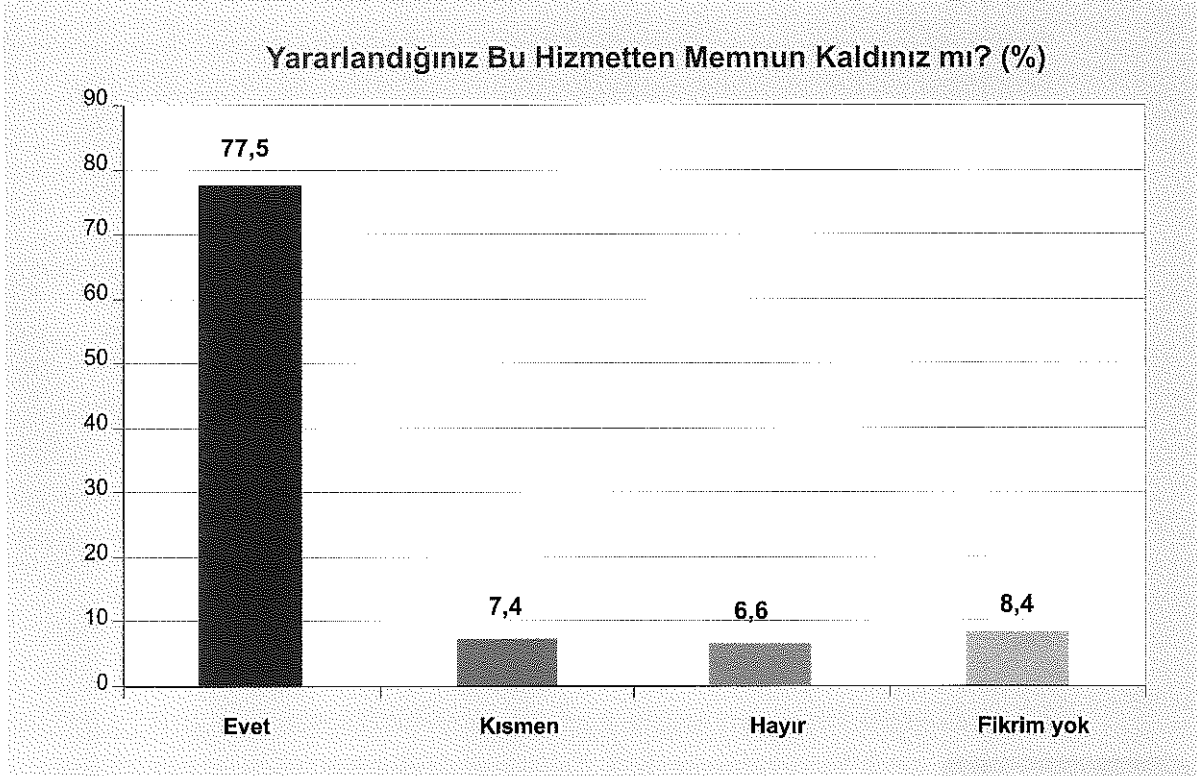
Bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, tanı ve tedavi hizmetleri ile rehabilitasyon hizmetleri dışında kalan temel sağlık hizmetleri tek çatı altında toplanarak, daha etkili ve verimli hizmet sunmak üzere Toplum Sağlığı Merkezleri oluşturuldu. Bu merkezler aile hekimleri için aşılama, ana çocuk sağlığı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

Aile Hekimliği Pilot Uygulama Yasası, Kasım 2004'te TBMM'de kabul edildi. Pilot uygulamaya ilk olarak Düzce ilinde başlandı. Ardından Eskişehir, Gümüşhane, Edirne, Bolu, Adıyaman, Elazığ, Denizli, Isparta, Samsun ve son olarak İzmir'de uygulamaya geçilerek dokuz milyon vatandaşımız aile hekimliği kapsamı içine alınmış oldu.

Erken dönem sonuçları oldukça başarılı olan aile hekimliği uygulaması birinci basamak sağlık hizmetlerinin halkımızın gündeminde yer etmesini sağlamakta, birinci basamağı cazip hale getirmekte, böylece koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygın verilmesini kolaylaştırmaktadır. Sistemin başarısı hastanelere giden hasta sayısını düşürecek ve hastanelerdeki yığılmaları azaltacaktır. Bu arada birinci basamak sağlık kuruluşlarımızda görev yapmakta olan meslektaşlarımız hak ettikleri hekimlik itibarına kavuşmaktadır. Şimdilik meslek içi eğitimlerle

desteklenen bu uygulama, uzun vadede bu hizmetleri yürütecek aile hekimi uzmanlarının yetişmesini teşvik edecektir. Bu durum birinci basamak sağlık hizmetlerine olan güveni daha da artıracaktır.

Düzce ili aile hekimliği araştırmasında vatandaşımıza aile hekimliği hizmetlerinden memnuniyeti sorulduğunda yüksek bir memnuniyet oranı ortaya çıkmıştır.



Kaynak: Düzce İli Aile Hekimliği Araştırması (ANAR)

Sağlıkta Yeni Dönem

5. Hastane Hizmetlerinde Zihniyet Değişimi

a) Sağlıkta Ayrımcılığın Kaldırılışı: Kamu Hastanelerinin

Tek Çatı Altına Alınması

Sağlıkta dönüşüm programının hedeflerinden biri olan verimlilik, kaynakları uygun şekilde kullanarak maliyeti düşürüp, aynı kaynakla daha fazla hizmetin üretilmesi olarak tanımlanmıştır. İnsan 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 arttırılacağı belirtilmiştir.

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

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

Sağlıkta
tek taban,
tek çatı

b) Hastanelerde Yerinden Yönetim

Devlet hastanelerinin bilinen hantal yapısını değiştirmek gayesiyle, başta görüntüleme hizmetleri olmak üzere birçok tıbbi hizmetlerde özel sektörden hizmet alınmasının önü açıldı ve hastane hizmet yapıları hızla gelişmeye başladı. Böylece günlerce beklenmekte olan tetkik sıraları son buldu. İşletme modelleri arasındaki farklılaşma SSK hastaneleri ile diğer kamu kurumlarına ait hastanelerin

Sağlık Bakanlığı'nın çatısı altında toplanması ile son buldu. Hastanelere yetki devri, yönetim esnekliği, kendi kaynaklarını kullanma serbestisi verilmesi ile birlikte döner sermayeden performans göre katkı payı verilmesi topyekün seferberlik halini sağladı. Sağlık kuruluşlarımız hasta odaklı hizmet kurumları halini almaya başladılar.

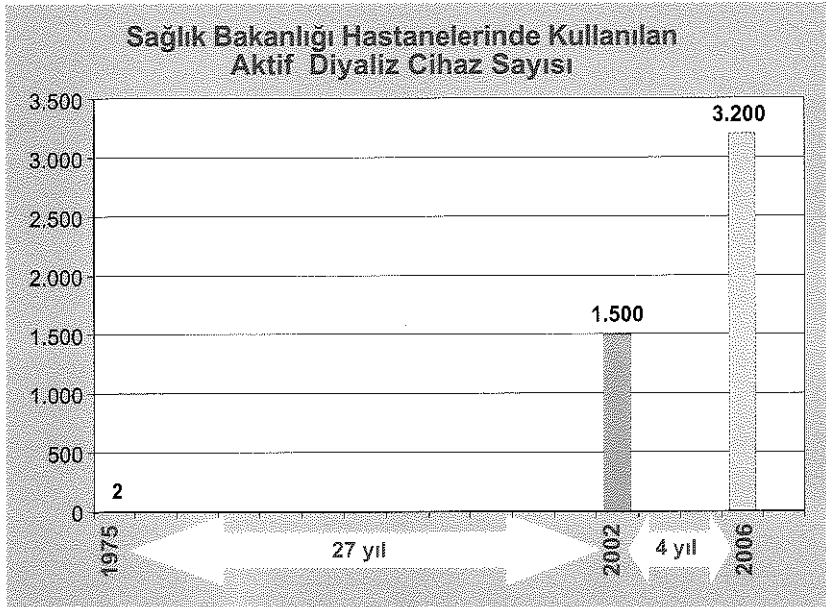
Her geçen gün daha fazla yetki devredilen ve bugün bile büyük oranda yerinden yönetilen kurumlar haline gelen hastanelerimiz özerk kamu kurumları olma yolundadır. Son 4 yıl içinde hastanelerimizin büyük bir kısmı bilgi işlem alt yapısını kurarak bütün hizmetlerini kayıt altına almıştır. Maaşları hastanelerimizin kendi döner sermayelerinden karşılanmak üzere, 20 bini aşkın sözleşmeli sağlık personeli hastanelerimizde göreve başlamıştır.

Devlet hastanelerimiz hizmet vermek için yıllarca ödenek beklemekten kurtarılmış özel sektörden hizmet satınalma imkanı sağlanmıştır. Kamuya yatırım yükü getirilmeden hizmet verilmekte ve bedeli kurumun kazancı ile ödenebilmektedir.

c) Hastane Hizmetlerinde Yeniden Yapılanma

Kamu hastaneleri cihaz fakiri olmaktan kurtarıldı.

2002 yılında devlet hastanelerinde bulunan 1500 adet diyaliz cihazı sayısı 2006 yılında 3.200'e çıkarıldı.



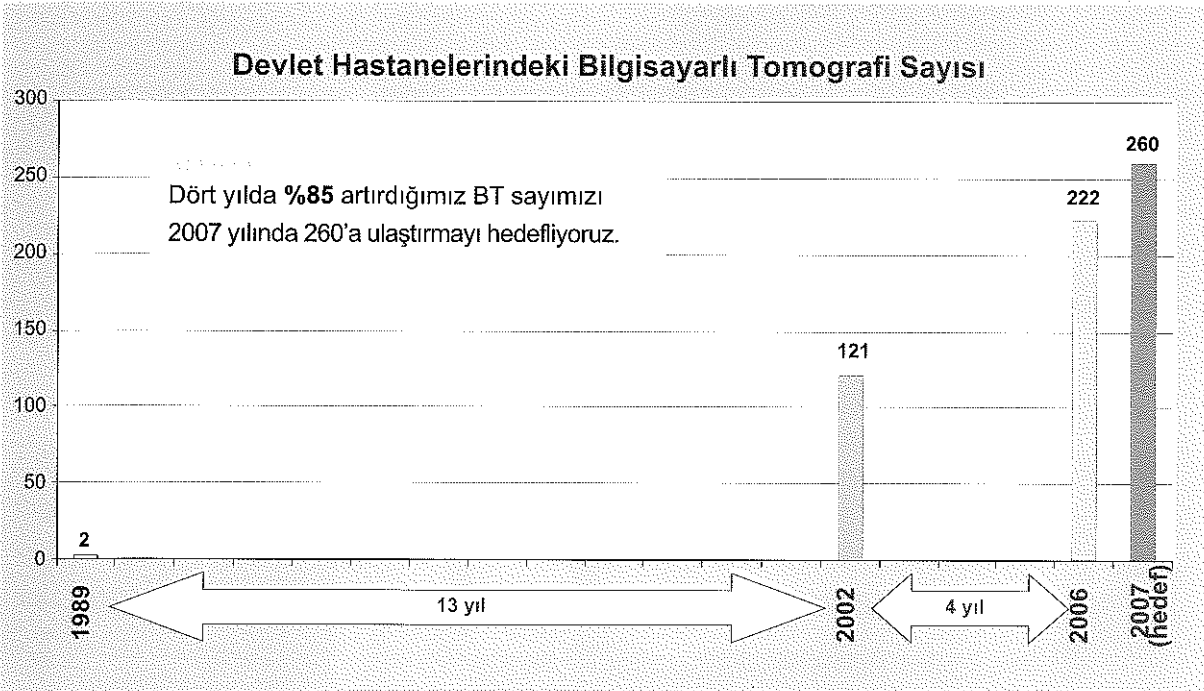
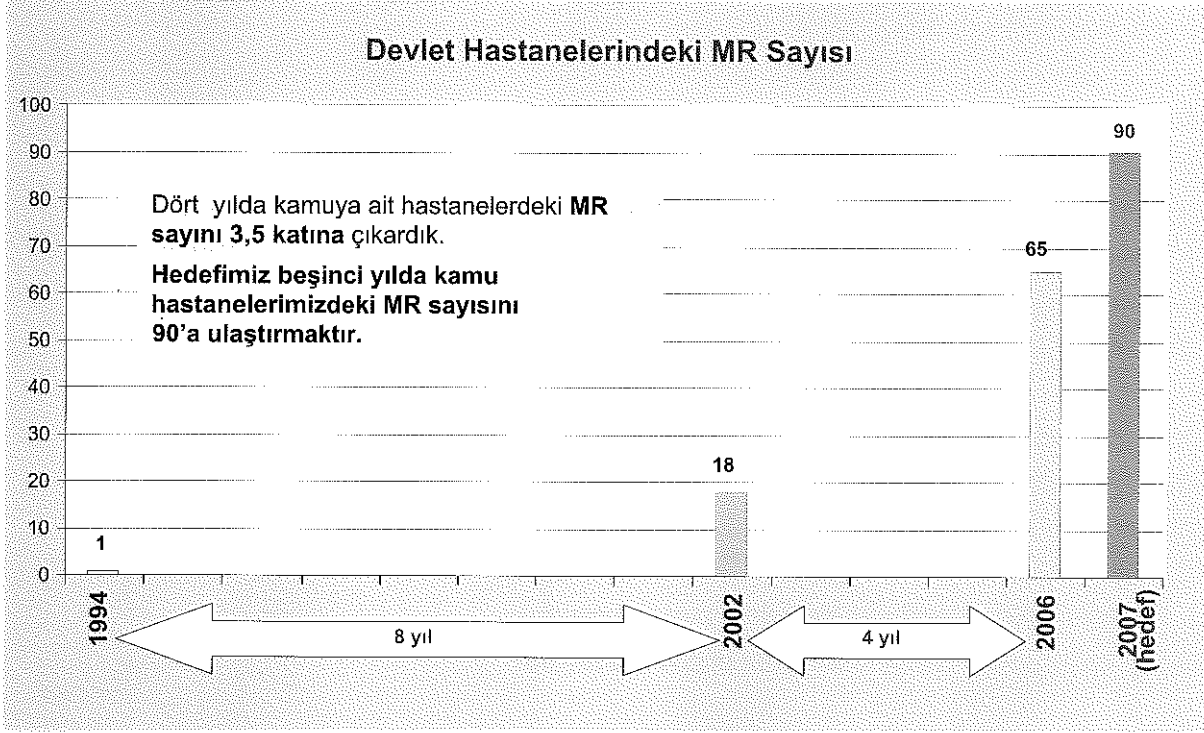
Not :2002 yılındaki sayıya SSK kuruluşları dahildir.

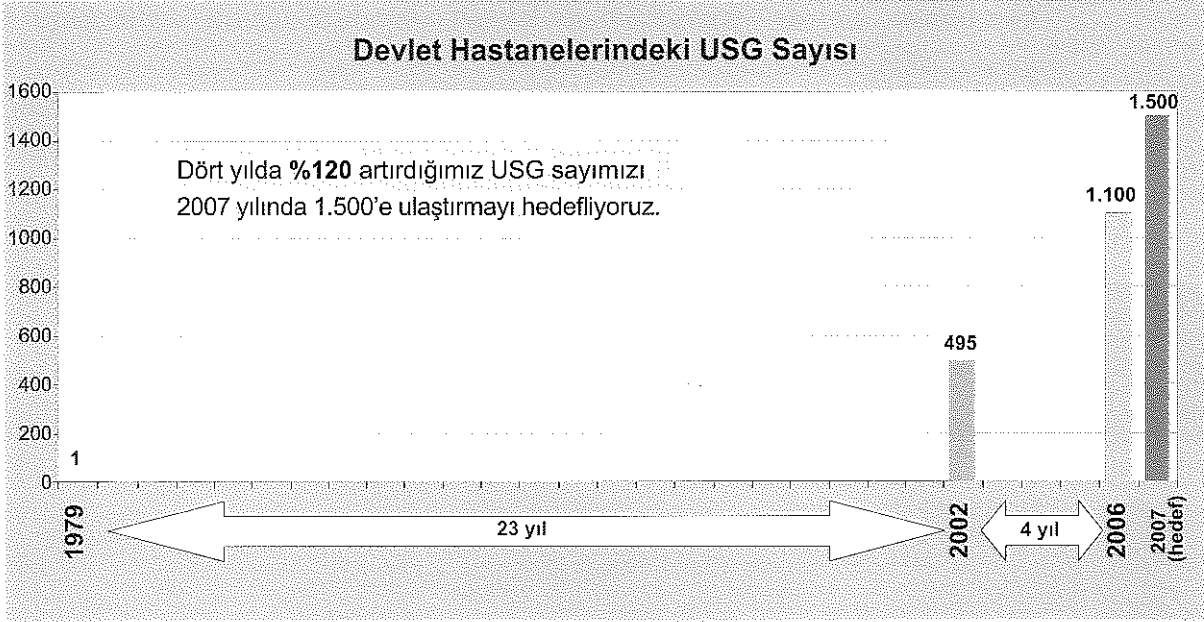
Dört yılda aktif diyaliz cihaz sayısını **iki katına** çıkardık.

2006 yılı sonunda ilçelerimizin %95' inde ya yerinde ya da taşınabilir olarak diyaliz hizmeti verdik.

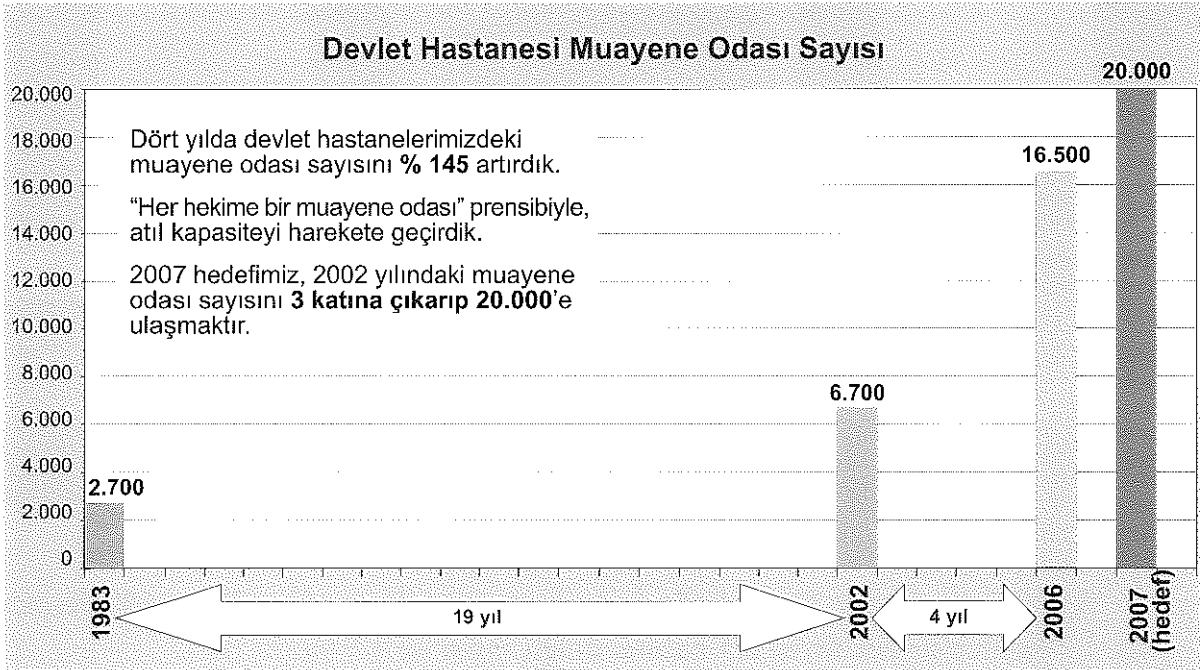
2007 yılında ilçelerimizin tamamında bu hizmeti yerinde ya da taşınabilir olarak vereceğiz.

Devlet hastanelerimizde kamu-özel ortaklığı şeklinde hizmetler verilmeye başlandı ve 2002'de tüm devlet hastanelerinde 18 olan MR cihazı sayısı 2007'de 75'e, 121 olan bilgisayarlı tomografi cihazı sayısı 222'ye çıktı.



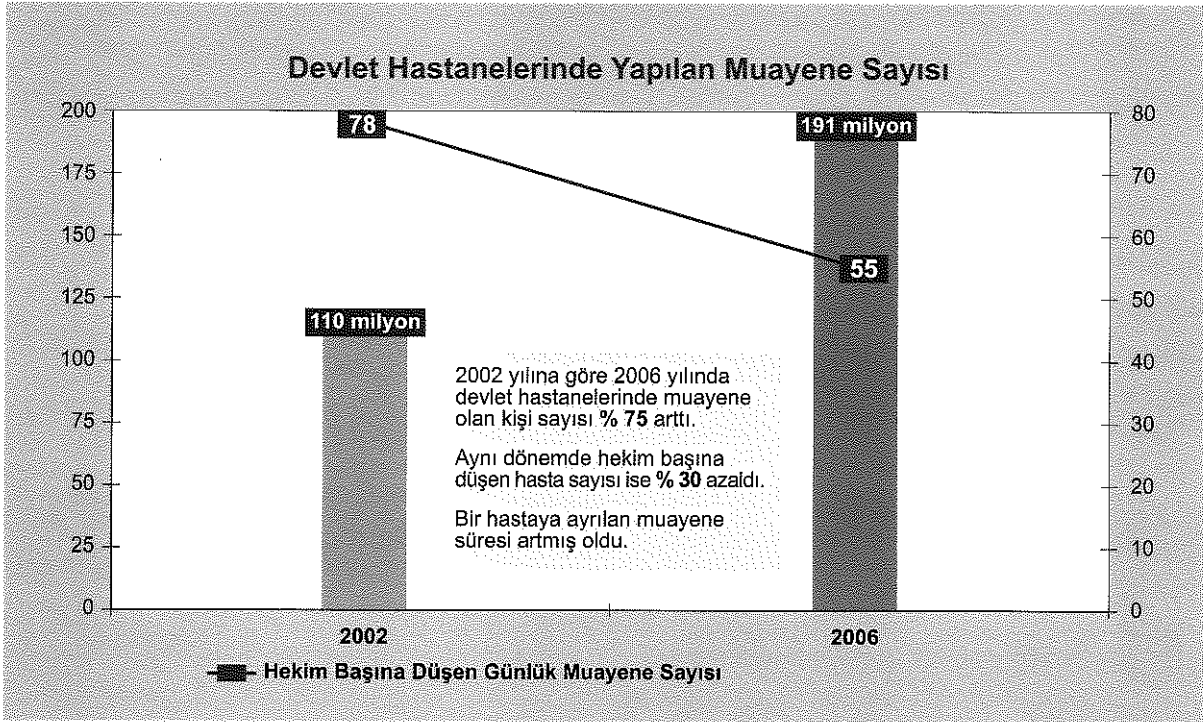


2002 yılında hastanelerimizin %20 sinde elektronik bilgi sistemleri var iken, 2006 yılında bu oran %100 oldu. 2002 yıl sonunda devlet hastanelerinde doktorlara ayrılan muayene odası sayısı 6.500 iken 2006'da 16.500'e çıktı yani %145 arttı.



"Her hekime bir oda" prensibiyle atıl kapasite harekete geçirildi, buna paralel olarak, 2002 yılında devlet hastanelerinde (SSK dahil) 110 milyon hasta muayene edilirken 2006 yılında 191 milyon hastaya muayene hizmeti verildi. Böylece bu dönemde devlet hastanelerinde muayene olan kişi sayısı %75 artarken, aynı dönemde hekim başına düşen hasta sayısı %30 azalmış ve bir hastaya ayrılan muayene süresi artmış oldu.

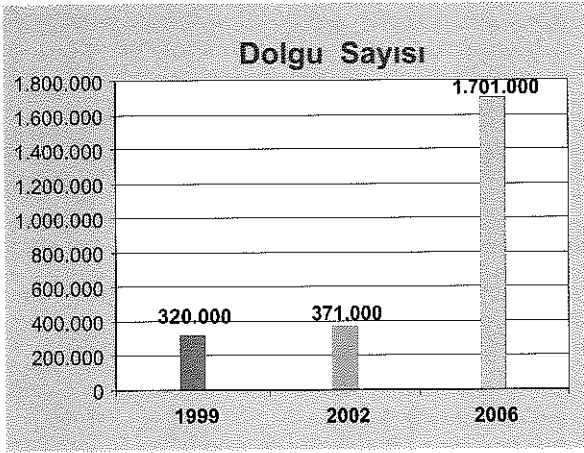
Hastane kapılarından muayene odalarına



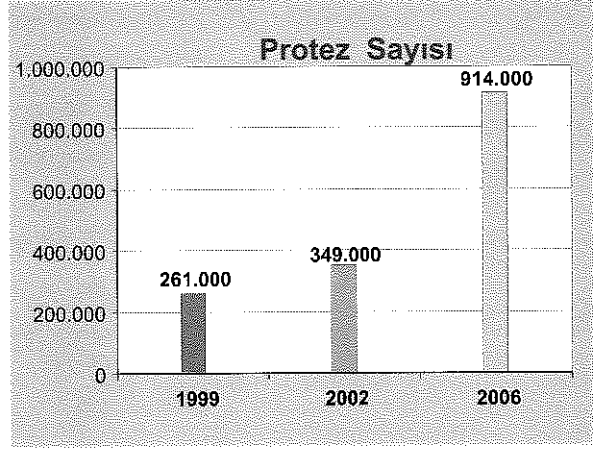
Not : 2002 yılındaki sayıya SSK hastaneleri dahildir.

Kamu ağız-diş
sağlığı hizmetleri:
Ağzınıza Sağlık

2002 yılına göre 2006 yılında devlet hastaneleri ile ağız diş sağlığı merkezlerinde yapılan protez sayısı 2,5 katına, dolgu sayısı ise 4,5 katına çıktı.



Not :1999 ve 2002 yılındaki sayılara SSK hastaneleri dahildir.



Not :1999 ve 2002 yılındaki sayılara SSK hastaneleri dahildir.

2002 yılına göre 2006 yılında devlet hastanelerinde yapılan dolgu sayısı 4,5 protez sayısı ise 2,5 katına çıktı.

Hastaların haklarının ihlal edilmediği, her aşamada bilgilendirildiği ve onayının alındığı, mahremiyete uyulduğu, hiçbir ayırım yapılmadan her türlü tedaviyi aldığı, hekimini, kurumunu seçebildiği bir sağlık hizmeti hedeflenmektedir. Bu amaçla ilgili mevzuat doğrultusunda devlet hastanelerimizin tamamında 'Hasta Hakları Birimi' faaliyete geçirildi. En temel hasta haklarından olan 'Hekim Seçme Hakkı' uygulamasına 2004'te 11 hastanemizde başlandı ve bugün 400 hastanemizde uygulanmaktadır.

Artık Hastalarımız ve Yakınları da Hak'lı!

Vatandaşımız hastane hakkında dilek ve şikayetlerini, dönemimizde oluşturduğumuz hasta hakları birimlerine sözlü veya yazılı olarak iletiyor; bu hususta gerekli düzeltme ve işlemler yapılıyor.

Devlet hastanelerimizin tamamında 'Hasta Hakları Birimi'ni faaliyete geçirdik.

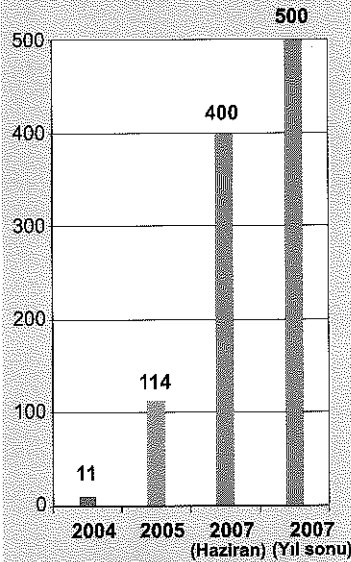
Hekiminizi Seçmek Hakkınız...

En temel hasta haklarından olan "Hekim Seçme Hakkı"nı, Eylül 2004'te 11 hastanemizde başlattık.

Bugüne kadar **400** hastanemizde uygulamaya başladık.

2007 yılı sonu hedefimiz, 500'dür.

Hekim Seçme Hakkı Olan Hastane Sayısı



Yalnız Değilsiniz ! Alo 184 SABİM ile Bakanlığımıza Doğrudan Ulaşabilirsiniz

Sorularınızı telefonla anında veya 24 saat içinde neticelendirip çözüyoruz.

24 saatte çözümü mümkün olmayan sorunlarınız için:

Size "Kayıt numarası" verip, sağlık yöneticilerine talimat vererek, konuyu neticelendirip size bilgi aktarıyoruz.

Başvuruların %90'ını ilk 24 saatte çözüyoruz.

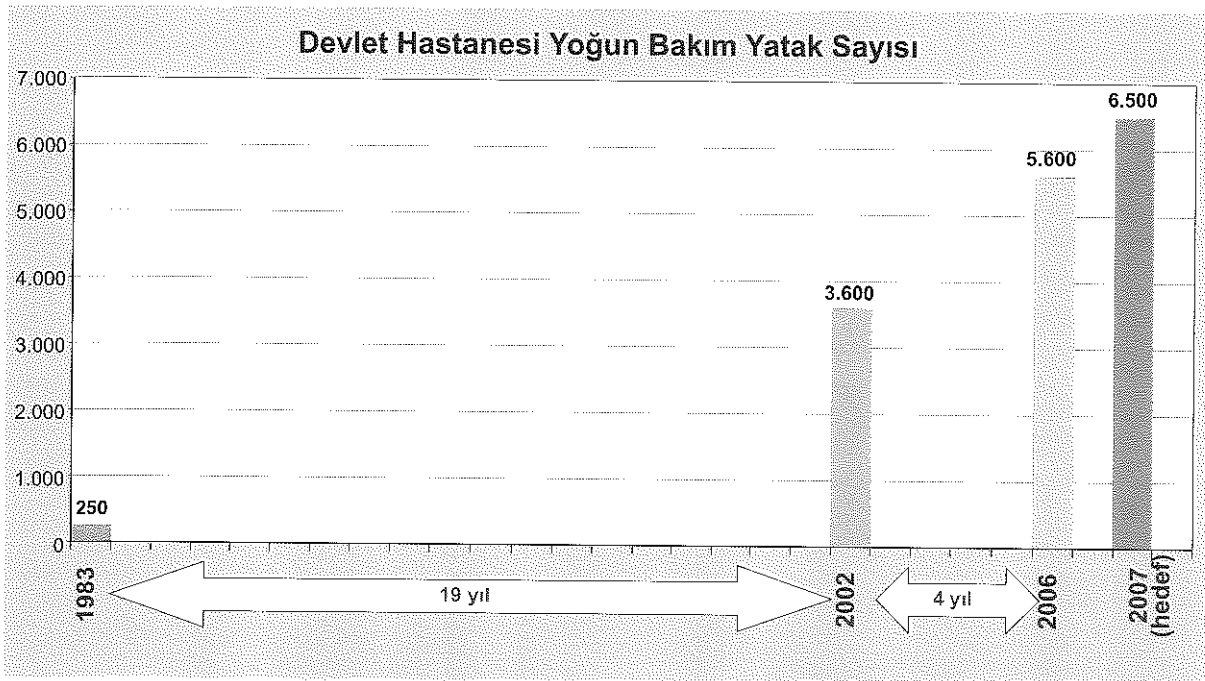
Her yıl SABİM'e yapılan **1 milyon** başvuruyu sonuçlandırıyoruz.

52 operatörle 7 gün 24 saat hizmetinizdeyiz.

Son 4,5 yılda 301'i hastane ve ek binası olmak üzere 903 sağlık tesisi tamamlanarak hizmete sokuldu. Eklenen yeni hasta yatağı sayısı 19 bini buldu. Bu dönemde yapılan hasta odalarının %80'i banyolu ve tuvaletlidir. %20'lik kısım da önceden başlanan ancak teknik olarak revize edilemeyen projeler sebebiyledir. Banyosu ve tuvaleti bulunan hasta yatağı sayısı 10 binden 22 bine çıkarıldı. Böylece banyosu ve tuvaleti bulunan hasta yatağı sayısının toplam hasta yatağı içindeki payı %9'dan %18'ye yükseldi.

Yoğun bakım
üniteleri hayata
dönüyor

2002 yılında 3600 olan yoğun bakım yatak sayısı 2006 yılı sonu itibariyle 5600'e ulaştı.



Not 1: Rakamlara SSK hastaneleri dahildir.
Not 2: Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü 1982 yılında kurulmuştur.

d) Özel Hastanelerin Kapısı Herkese Açık

Sağlıkta Dönüşüm Programında ülkemizin sağlıkla ilgili bütün sektörel kaynaklarının sistem içine alınarak birbiriyle uyumun sağlanması ve böylece verimliliğin artırılması öngörülmektedir. Hastanelerin tek çatı altında birleştirilmesi bu amacın hayata geçirilmesinin somut bir adımıdır. Önemli bir diğer adım ise, özel sektörde var olan ülke yatırımlarının da yine sisteme katılarak, hastalarımızın kendi sosyal güvenceleri kapsamında buralardan

yararlanmasına fırsat verilmesidir. Artık kamu ve özel ayırımı yapılmaksızın ülkemizin bütün kaynakları vatandaşlarımızın hizmetine sunulmaktadır. Devlet hastanelerinin özel sektörle rekabet ederek hizmet sunması, hizmet kalitesinin artmasında etkili olmuştur; bu etki gittikçe daha fazla fark edilecektir. Özel sağlık kurum ve kuruluşlarının kapılarını kamu sigortası kapsamındaki vatandaşlarımıza açması devlet hastanelerinin yükünü sınırlı da olsa azalttı. Böylece sağlık hizmetlerinde büyük ölçüde kamuda olan yük, özel sağlık kuruluşları ile paylaşılarak insanımıza yakışır sağlık hizmetlerinin sunulmasına fırsat verilmiştir.

Bununla birlikte, özel sağlık sektöründe kayıtlı çalışma arttı. Sektör daha dikkatli denetlenmeye başlandı. Diğer yandan özel sağlık sektörü bu uygulamayla ivme kazandı. Bu alanda gittikçe artan oranda yatırım gerçekleştirilmektedir.

Sağlıkta Yeni Dönem

6. Performansa Göre Ek Ödeme

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

Geçmiş uygulamada, katkı payı dağıtabilecek döner sermaye birikimi olan kurumlar, temel maaşın yüzde 100'üne kadar katkı payı verebiliyordu. Yeni uygulama ile birlikte bu matrahlar farklı meslek ve çalışma biçimleri dikkate alınarak yüzde 150 ile 800 arasında değişmektedir.

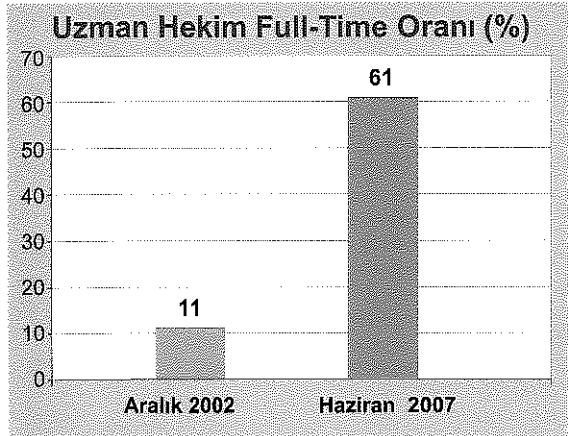
Sağlıkta Dönüşüm Programında performans göstergelerinin belirleneceği ve performansa bağlı ödeme sistemleri geliştirileceği hükmü yer almıştır. Bu doğrultuda geliştirilen yeni uygulama birçok açıdan değişiklikler getirmektedir. Öncelikle yapılan işle maddi katkı arasında bir paralellik kurularak zamanın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

Vatandaşa hizmet edenin ödüllendirildiği sistem: Performansa dayalı ek ödeme

Birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışanların bulunduğu yerin mahrumiyeti

oranında ödüllendirilmesi ve koruyucu hekimlik uygulamalarının performans ölçütleri olarak öne çıkarılması bu uygulamanın önemli özelliklerindedir.

Performansa dayalı döner sermaye katkı payı ödenmesi sonucunda birçok hastanemizde mesai saatleri gönüllü olarak uzatıldı, ameliyathaneler daha uzun süreli açık tutulmaya başlandı. Birçok uzman hekimimiz muayenehanelerini kapatarak tam zamanlı olarak hastanede çalışmayı tercih etti. Hastanelerimizde gittikçe artan hasta yükünün üstesinden gelmede bu uygulamanın büyük rolü oldu. 2003 yılı başında kamu hastanelerinde tam zamanlı çalışan uzman hekim oranı %11 iken bu uygulamalar sayesinde artık %60'ı aşmış durumdadır. Böylece ülkedeki sayısı yetersiz olan hekimlerin kamu hastanelerindeki verimliliği artmıştır.



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

"Performansa Dayalı Ek Ödeme" uygulamasının sonucunda bugün 14.800 uzman hekimimiz kamuda tam zamanlı çalışmaktadır.

- Yapılan işe karşılık ek ödeme anlamına gelen performansa göre ek ödemeyi, hizmet arzını ve verimliliği artıran bir teşvik aracı olarak uygulamaktayız.
- Hizmet talebinin karşılanmasında motivasyonu artıran önemli bir unsur olmuştur.
- Sistemdeki kaçakların kayıt içine alınması; malzemelerin ucuza temin edilmesi, israfın azalması performansa dayalı ödeme 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.
- Bir üst kuruma sevk oranları makûl seviyelere indi.
- Sağlık işletmelerinin gelir-gider dengeleri hassasiyetle takip edilir hale geldi.
- Halk arasında "bıçak parası" diye bilinen haksız uygulama ile mücadeleimiz kolaylaştı.

Performans ölçümü, artan hizmet talebinin karşılanmasında motivasyonu arttıran önemli bir unsur olmuştur. 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 da sağladı. Hastanelerimizin yaklaşık %20'sinde elektronik bilgi sistemi var iken, bugün bu oran %100'dür. Bu sayede bekleme süreleri önemli ölçüde azaldı, bir üst kuruma sevk oranları makul seviyelere indi, sağlık işletmelerinin gelir-gider dengeleri hassasiyetle takip edilir hale geldi.

Sağlıkta Dönüşüm Programı sürekli kalite gelişimini hedeflemektedir. Kendimize

özgü bir uygulama olan performansa dayalı ödeme sistemi geliştirilmiş, ikinci bir aşama olarak sisteme kalite boyutu eklenmiş, Kurumsal Performans ve Kaliteyi Geliştirme mevzuatları yürürlüğe konmuştur. Böylece sağlık hizmetine erişim, alt yapı ve süreçlerin değerlendirilmesi, hasta memnuniyetinin ölçülmesi ve belirlenen hedeflere ulaşma derecesinin ölçümüne dayalı kapsamlı bir hastane değerlendirme sistemi hayata geçirilmiştir. Bu sayede, personele ödenen ek ödemeler sadece üretilen hizmetlerin niceliğine bağlı olarak değil, yukarıda başlıkları belirtilen ölçümlerin sonucuna, yani hizmetlerin kalitesine göre de değişmektedir.

SAĞLIKTA PERFORMANS YÖNETİMİ

Ülkemize has bir model olarak geliştirdiğimiz performans ölçümü ve buna dayalı ek ödeme sistemini, bireysel performans ölçerek sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, kaliteli, verimli hizmet sunumunun teşvik edilmesi ve sağlık çalışanlarının motive edilmesi amacıyla 2003 yılında 10 ilde pilot olarak uygulamaya başladık. Bu 10 ilin sonuçları ve geri bildirimler dikkate alınarak gerekli düzenlemeler yapıldı. 2004 yılı başından itibaren bakanlığımıza bağlı tüm sağlık kuruluşlarımızda uygulamaya kondu. Bir yıl içinde kurumsal performans ve kalite geliştirme ölçütleri hayata geçirilerek entegre bir denetim modeli oluşturuldu.

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

Bu uygulamayla hizmetler kayıt altına alınmış, sistemdeki kaçaklar önlenmiş, hekimlerimiz kamuda tam gün çalışmayı tercih eder hale gelmiştir.

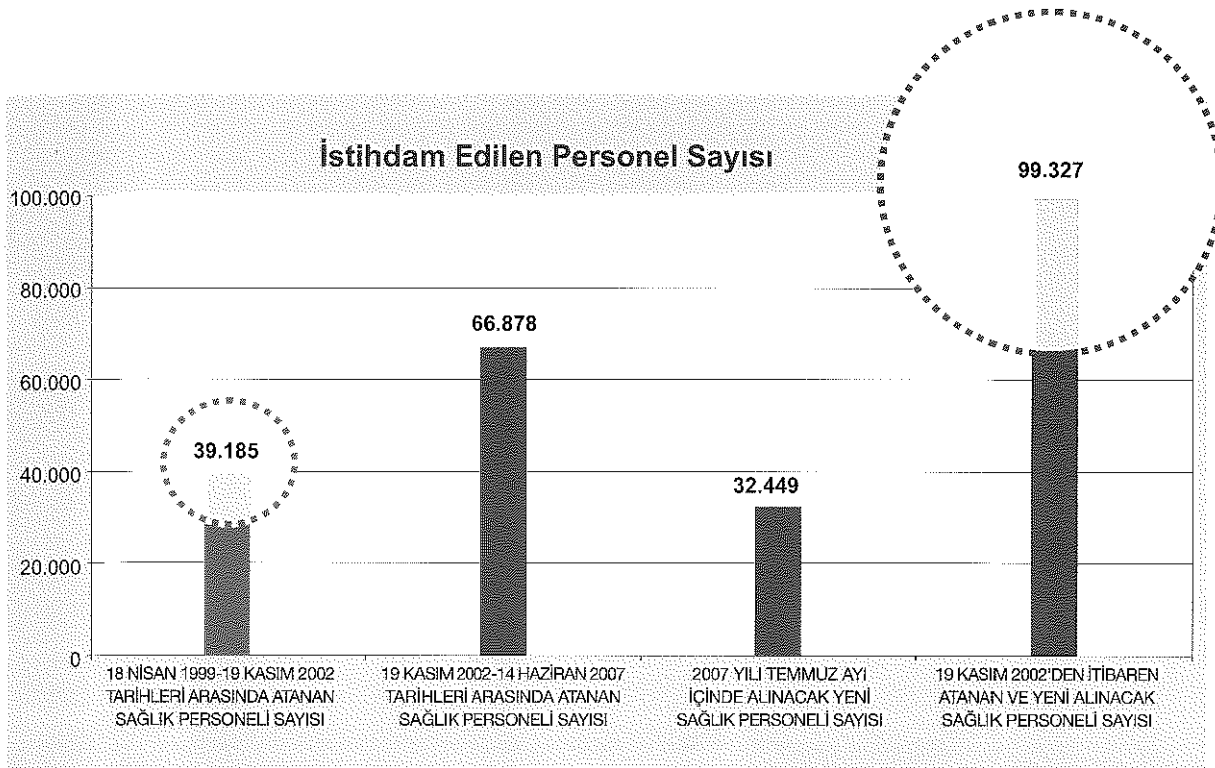
Sağlık çalışanına ürettiği hizmete paralel ek ödeme öngören sağlık kuruluşlarımızdaki hizmet verimliliğini artıran bu uygulama, sonuçta çalışan ve hasta memnuniyetini artırdı.

Sağlıkta Yeni Dönem

7.Sağlıkta İnsan Kaynakları Yönetimi

a) Sağlık İnsan Kaynaklarında Atılım

Dört yılda 66 bin yeni sağlık personeli istihdam edildi. Temmuz 2007’de bu rakam yüz bini bulacaktır. Mahrumiyet sebebiyle yıllardır sağlık personeli gönderilemeyen sağlık tesislerimizde 16 bin sözleşmeli sağlık çalışanı görev almıştır. Bu şekilde, uzman hekim açısından en iyi durumdaki ilimizle en kötü durumdaki ilimiz arasındaki oran, 1/14 'den 1/4'e, pratisyen hekim için 1/9'dan 1/2,5'a, hemşire-ebe için ise 1/8'den 1/5'e düşmüştür. Alt ve üstteki uç noktalarda kalan birkaç şehirle ilgili dengeleme çalışmalarıyla, önümüzdeki birkaç yılda dağılım daha da hakkaniyetli hale getirilebilecektir.



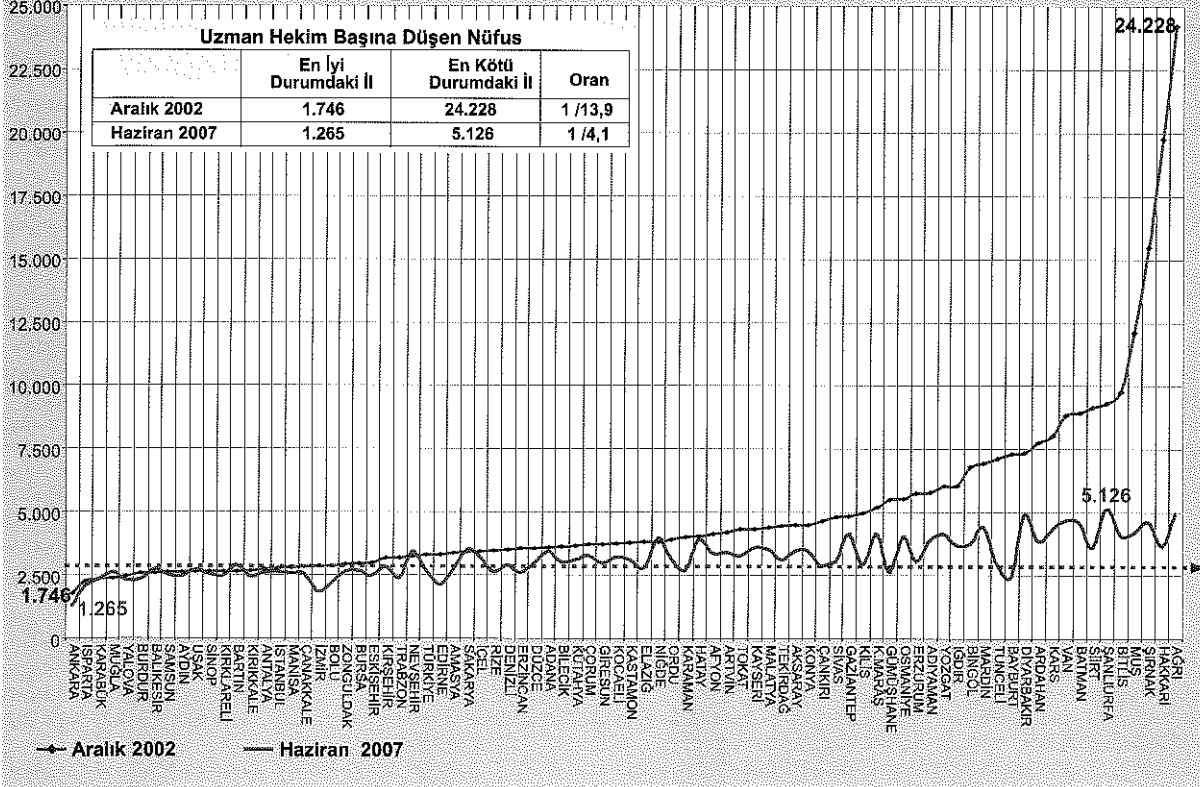
b) Personel Atamalarında Şeffaflık

Sağlık personelinin ülke genelinde dengesiz dağılımının en önemli sorunlardan biri olduğu bilinmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programının önceliklerinden birisi de

Ülkemizde
hekim sayısı
yetersiz

bölgeler arası personel dağılımında farklılıkların kabul edilebilir düzeye çekilmesi, personel istihdamında ünvanlara göre gerçekçi standartlar belirlenerek buna göre insan gücü planlamasının yapılması, atama ve nakillerde objektif ve hakkaniyete uygun bir sistemin kurulmasıdır.

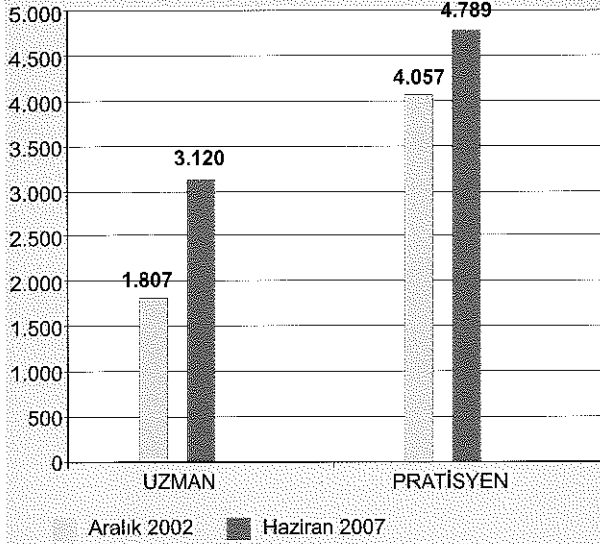
Uzman Hekim Başına Düşen Nüfus (2002-2007)



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

Mahrumiyet
bölgelerimizi de
mahrum etmiyoruz

5. ve 6. Bölge Sağlık Bakanlığı Toplam Fiili Hekim Sayısı



Not : 2002 yılındaki sayılara SSK kuruluşları dahildir.

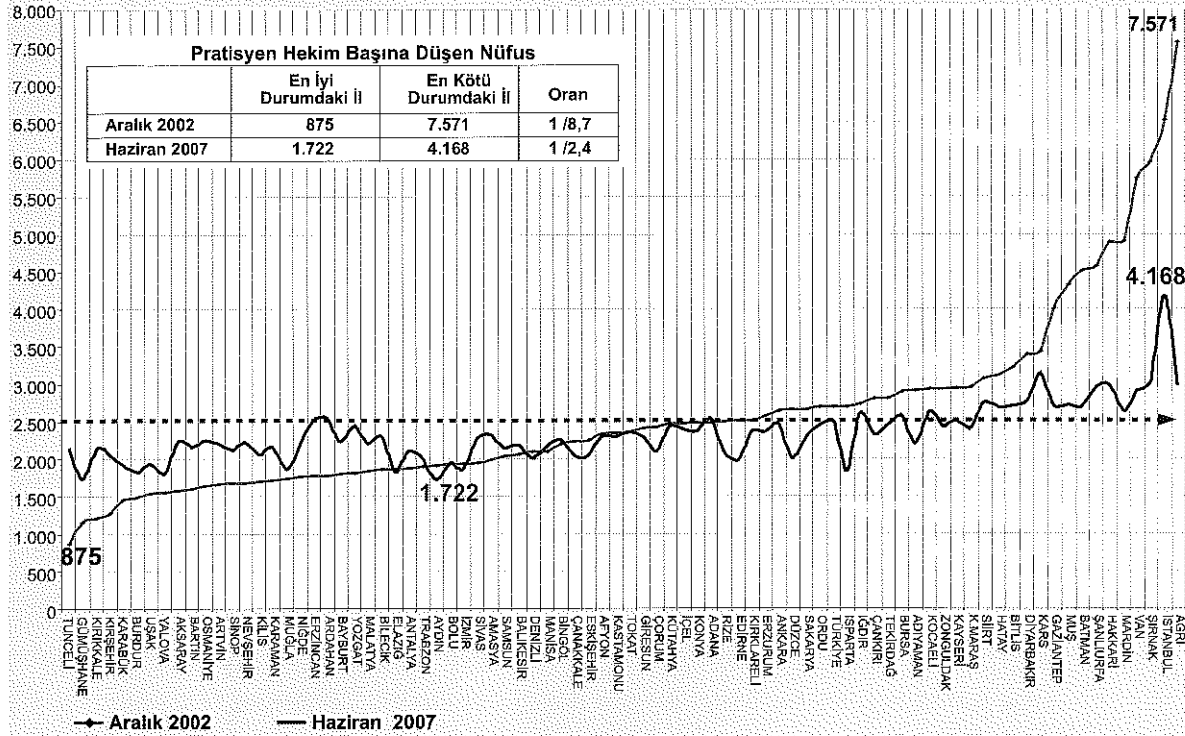
Yetersiz sayıdaki hekimler, ağırlıklı olarak büyük şehirlerde çalışma isteği taşıdığından ülkenin daha az gelişmiş bölgelerinde hekim istihdamı zorlaşmaktadır.

Hekim sayımızın azlığı sebebiyle herkesin sağlık hizmetine ulaşması politikamız çerçevesinde, hekimlere teşvik edilmiş devlet hizmeti yükümlülüğü getirdik.

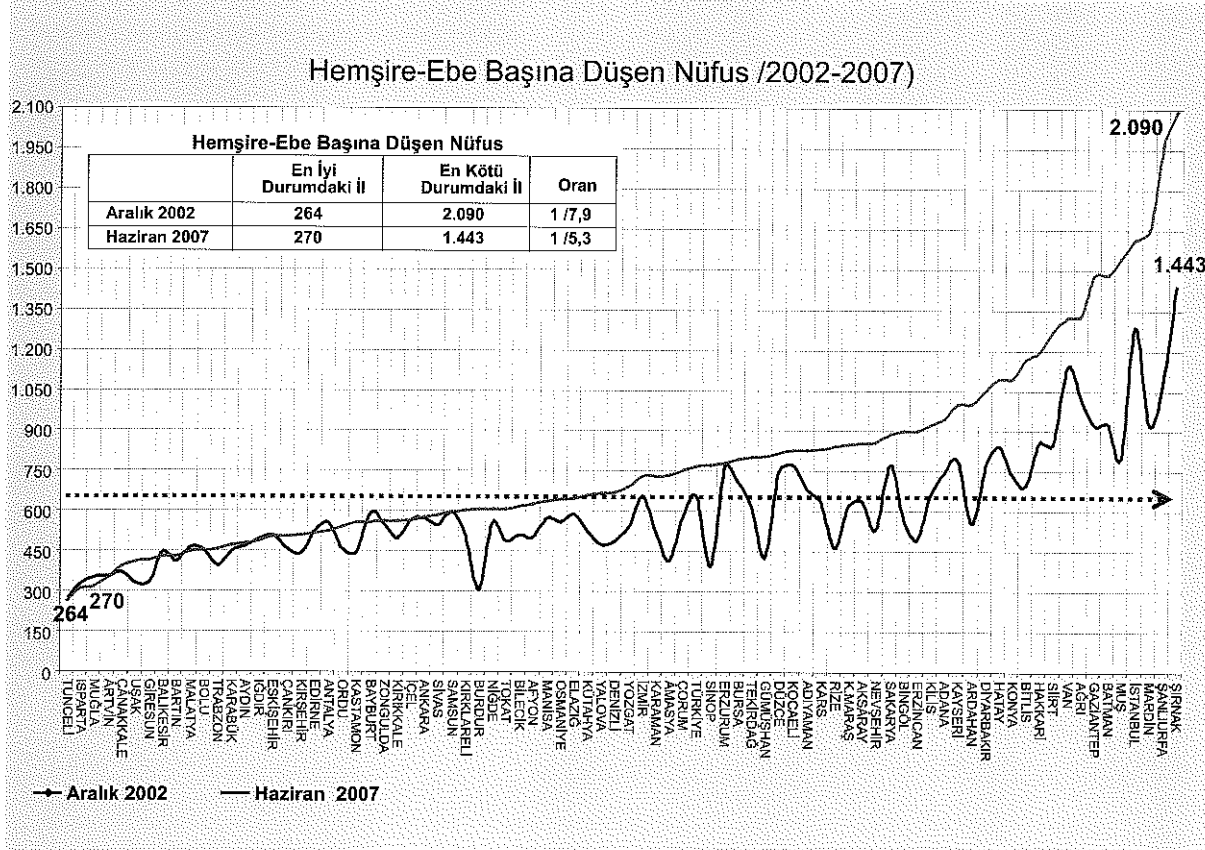
Geçmişteki mecburi hizmet uygulamalarının eksik ve hatalı yönlerini göz önünde bulundurarak, mahrumiyet bölgelerine göre farklı süreler ve daha yüksek ücretler sağlayan adil ve sürdürülebilir yeni bir düzenleme yaptık.

5. ve 6. bölge illerimizde göreve geldiğimizde 1.807 olan uzman hekim sayısını 3.120'ye çıkardık. Hedefimiz, mevcut sağlık personeli imkanlarıyla 4.606'dır. Yine aynı dönemde 4.057 olan pratisyen hekim sayısını 4.789'a çıkardık. Bu husustaki hedefimiz 6.160'dır.

Pratisyen Hekim Başına Düşen Nüfus (2002-2007)



Zaten yetersiz sayıda olan hekimler ağırlıklı olarak büyük şehirlerde çalışma isteği taşıdığından ülkenin daha az gelişmiş bölgelerinde hekim istihdamı zorlaşmaktadır. Herkesin sağlık hizmetine ulaşması anlayışı çerçevesinde, hekimlere teşvik edilmiş devlet hizmeti yükümlülüğü getirildi. Geçmişteki mecburi hizmet uygulamalarının eksik ve hatalı yönlerini göz önünde bulundurarak, mahrumiyet bölgelerine göre farklı süreler ve daha yüksek ücretler sağlayan daha kabul edilebilir ve sürdürülebilir yeni bir düzenleme yapıldı.



Performansa dayalı döner sermaye ek ödeme sisteminin etkisiyle muayenehanesini kapatan çok sayıda hekim olduğu gibi, dengesiz dağılımdan rahatsız olarak, ihtiyaç duyulan yerlere tayin talebinde bulunan belirgin sayıda hekimimiz oldu.

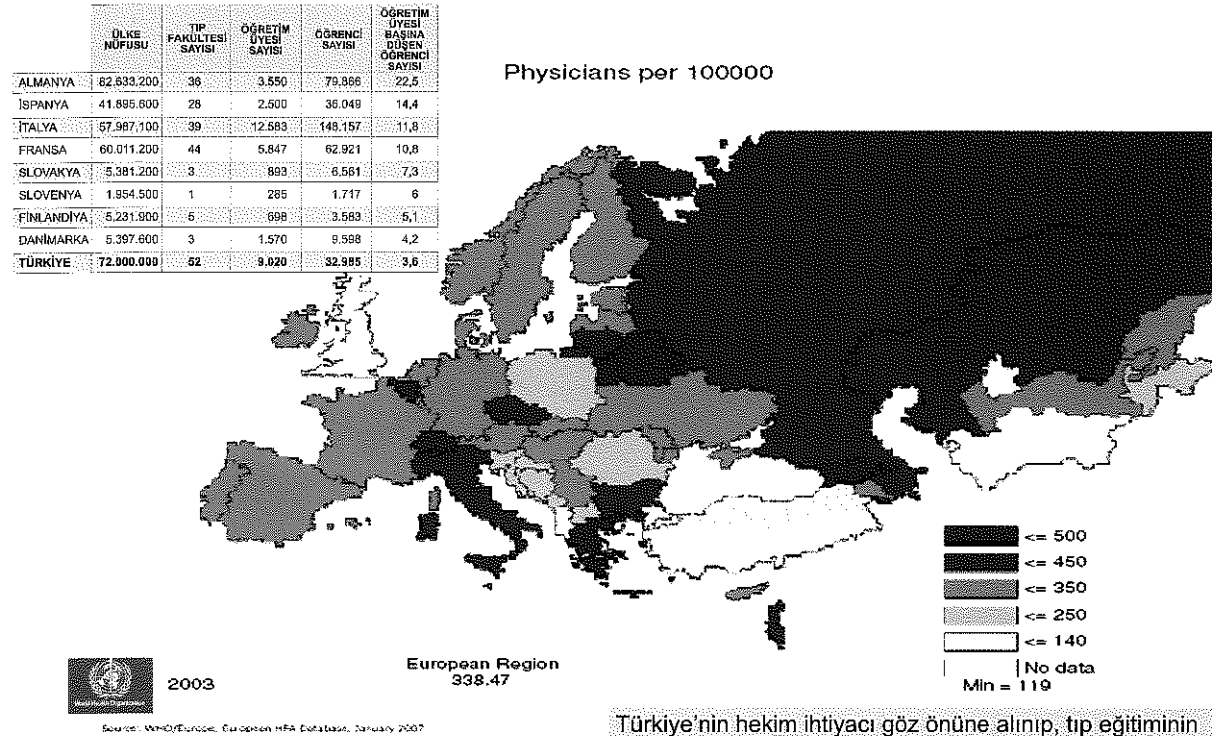
Atamalardaki torpil ve kayırma dönemini ortadan kaldıracak şekilde, Bakanlığa bağlı sağlık kuruluşlarında görev yapan sağlık personelinin dengeli dağılımının sağlanması için farklı bir anlayışla Atama ve Nakil Yönetmeliği hazırlandı. İlk defa yapılacak atamalarda, uzman tabip, tabip, diş tabibi ve eczacı unvanlı

personel bilgisayarda kurayla, diğer sağlık personeli genel hükümlere göre merkezi sınavla atanmaktadır. Yeni uygulamayla personelin atama ve nakil işlemleri çalışmakta oldukları yerin özelliği ve çalıştığı süreye göre değişen 'hizmet puanı' esasına göre yapılmaktadır. Mazeret durumları için daha sıkı bir denetim sistemi getirildi. Atamaların bilgisayar ortamında hizmet puanına göre ve kura ile yapılması, siyasetçilerin ve bürokrasinin üzerinde bir kambur haline gelen torpil ve adam kayırma baskılarına, bu yöndeki adaletsiz bazı uygulamalara ve söylentilere son verdi. Böylece sağlık personelinin ülke genelinde daha dengeli dağılımı yönünde büyük başarılar kaydedildi.

c) Sağlık Personeli Eğitimi

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

Öncelikle mevcut yöneticilerimizin eğitimi konularında adeta seferberlik başlatıldı. Bir yandan teknik konularda bölgesel eğitim toplantıları düzenlenirken,



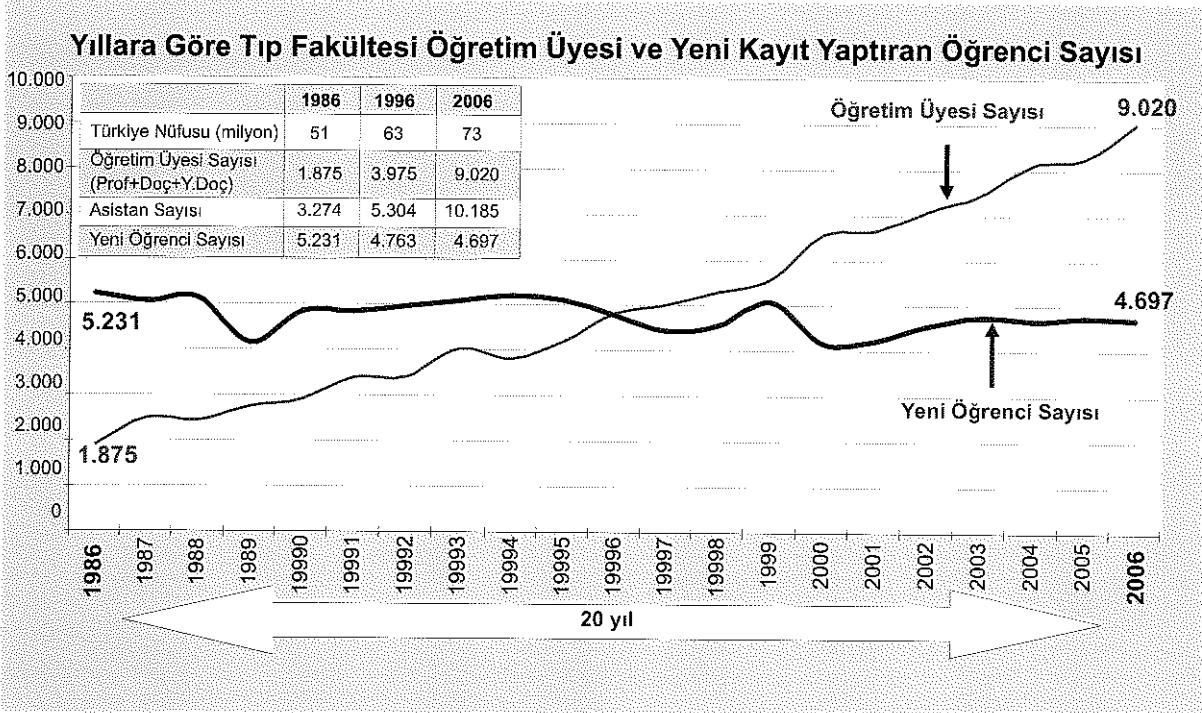
Türkiye'nin hekim ihtiyacı göz önüne alınıp, tıp eğitiminin kalitesi düşürülmeden, mevcut tıp fakültelerinin öğrenci kapasitesi artırılmalıdır. Yeni tıp fakülteleri açılmalıdır.

diğer yandan Hıfzıssıhha Mektebi tarafından internet üzerinden sistematik sağlık yönetimi eğitimleri verilmektedir.

Hemşirelik eğitiminin üniversiteye temellendirilerek uluslararası standartlara çekilmesi ve hemşirelik hizmetlerinin hasta bakımına yönelik olarak bilimsel bir disiplin halinde gelişmesini sağlayacak olan Hemşirelik Kanunu çıkarıldı.

Türkiye’de hekim ve hemşire sayısı başta olmak üzere sağlık insan kaynaklarında kaliteden taviz vermeden sayının artırılması önemlidir. Her yüz bin kişiye düşen doktor sayısı itibariyle Türkiye DSÖ Avrupa bölgesinin en altında yer almaktadır. Hemşire sayısında da durum farklı değildir.

Nüfusumuzun ihtiyacı ve her yıl artan sayıda başvuru talebi hekim ve hemşire sayısının artırılmasını kaçınılmaz kılmaktadır. Bununla birlikte eğitimin kalitesi şüphesiz korunmalı, hatta geliştirilmelidir. Türkiye’deki tıp fakültesi öğretim üye sayısı bunu sağlayabilecek yeterliliktedir. Anayasal bir görev olarak öğrenci eğitimini üstlenmiş olan YÖK’ün önümüzdeki yıllarda gecikmeden bu sorumluluğu yerine getirmesi gerekmektedir.



Kaynak: ÖSYM Yıllıkları

Sağlıkta Yeni Dönem

8. Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Akreditasyon

Sağlık Bakanlığı tarafından sunulan hizmetlerin etkili, verimli ve kaliteli hizmet anlayışıyla sunulabilmesi için başlatılan kalite yönetimi projelerinin koordinasyonunu sağlamak ve ülkemizde ulusal sağlık akreditasyonu konusunda birlik sağlamak amacıyla önce Sağlık Bakanlığı Kalite Koordinatörlüğü kurulmuş, bilahare Performans Yönetimi ve Kalite Ölçütlerini Geliştirme Daire Başkanlığı oluşturulmuştur.

Böylece gündemde yeterince yer almamış bir ihtiyaca öncelik verilmiş ve bu doğrultuda kararlı bir çalışma başlatılmıştır. Daha çok özel sağlık kuruluşlarının gündeminde olan ve sınırlı kalan kalite çalışmalarında Bakanlığımız önderlik rolünü üstlenmiş ve bu önemli konuyu kamu hastanelerinin ajandasına yerleştirmiştir.

Kamu hastanelerinde kalite çalışmaları hızlandırıldı ve Kurumsal Performans ve Kaliteyi Geliştirme Yönergesi uygulamaya konuldu. Böylece hastanelerimizde sağlık hizmetlerine erişimin sağlanması, altyapıların ve hizmet süreçlerinin denetlenmesi, hasta ve hasta yakınlarının memnuniyetinin ölçülmesi başta olmak üzere düzenli işleyen bir denetim yapısı oluşturuldu. Buna göre hastanelerimiz puanlanmakta ve her denetim döneminde bu puanlamalar yenilenmektedir.

Hizmette
mükemmellik,
sağlıkta kalite

Özerk kamu hastane birlikleri kurulduğunda hastanelerin sürekli denetimi ve derecelenmesi, bugünden oluşturulan kalite çalışmaları ışığında gerçekleştirilecektir.

Sağlıkta Yeni Dönem

9. Ulusal İlaç Politikası

a) İlaç Fiyatlarında İndirim

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

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

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

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

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

1984 tarihli 'Fiyat Kararnamesi'nde:

Firmanın maliyet beyanına dayanan, özellikle ithal ilaçlarda maliyetin soruşturulmasına pratik olarak imkân vermeyen,

Masraf ve kâr oranları eklenerek belirlenen piyasa fiyatları oluşmaktaydı.

İthal ilaçlarda dövizin yükseldiği dönemlerde her ay fiyat artışı gerçekleşirken, döviz düştüğünde fiyatlarda düşüş zorunluluğu yoktu.

6 Şubat 2004 tarihinde Hükümetimizin yaptığı yeni kararname ile:

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

Geri ödeme kurumlarını karar verme sürecine dahil eden yapıyı oluşturduk.

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

Referans Fiyat Sistemi ile İlaç Fiyatlarının Düzenlenmesi

- ★ İlaç fiyatları en ucuz olan ve takip edilebilen AB üyesi 5 ülke tespit ettik (2006 yılı için İtalya, İspanya, Fransa, Portekiz ve Yunanistan).
- ★ Herhangi bir ilacın ülkemizdeki azami fiyatını bu 5 ülkedeki en ucuz rakamı esas alarak belirliyoruz (Referans fiyat).
- ★ Fiyatları Uluslararası İlaç İstatistik (IMS) verileri ile takip ederek, gerek duyduğumuzda ilgili ülkeden onaylı belge istiyoruz ve büyükelçiliklerimizden sorarak belirliyoruz.
- ★ Bu uygulama ile bine yakın üründe %1 ile %80 arasında değişen fiyat düşüşleri gerçekleştirdik.

Referans Fiyat Sistemi ile Sağlanan Yıllık Kamu Tasarrufu: **900 milyon \$**

b) Eczaneler Herkese Açık

İlaç fiyatlarında sağlanan avantajlar doğrudan vatandaşımıza yansıtılarak, başta SSK ve Yeşil Kart'lılar olmak üzere vatandaşlarımızın ilaca erişiminin

Türkiye'de Tüketilen İlaç Miktarı (milyon kutu/yıl)

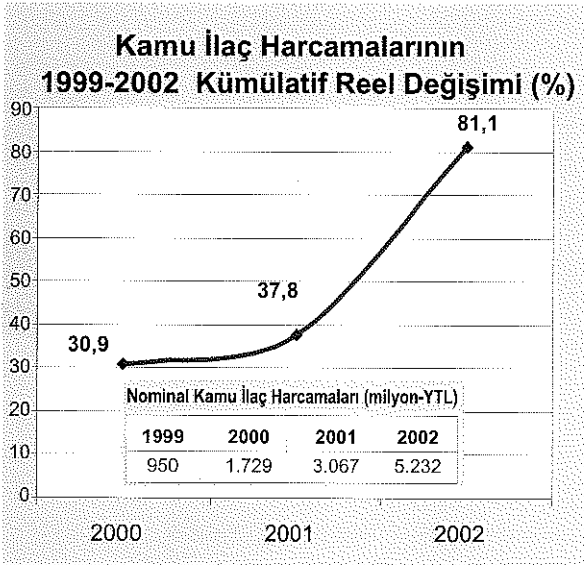
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Orjinal	66	73	76	86	98	147	168
Jenerik	548	543	555	613	682	966	999
Diğer	90	77	67	70	76	99	105
Toplam	704	693	699	769	856	1,212	1,272

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

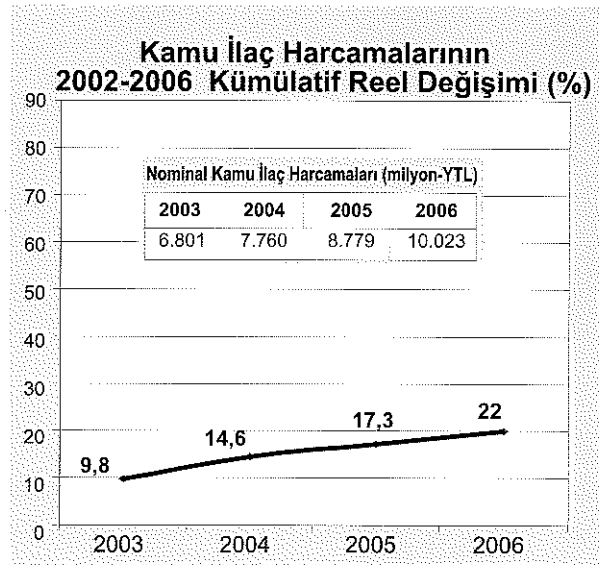
önündeki engeller cesaretle kaldırılmıştır. Geçirdiğimiz son yıllarda, ilaca düşük fiyatla ve kolayca ulaşabilmek yönünde atılan kararlı adımların sonuçları kamuoyu tarafından yakından gözlenmiştir.

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

Bütün bu uygulamalar, Türk sağlık sistemindeki vatandaşları sınıflara bölen ayırıcılığı ortadan kaldırmıştır.



Kamu ilaç harcamaları 2002 yılında 1999 yılına göre üç yılda reel olarak % 81,1 artmıştır.



Kamu ilaç harcamaları 2006 yılında 2002 yılına göre dört yılda reel olarak sadece % 22 artmıştır.

Sağlıkta Yeni Dönem

10. Sağlık Bilgi Sistemi

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

Sağlık bilgi sistemlerinin kurulması teknolojik yatırımlardan çok standart sınıflandırma ve terminolojilerin belirlenmesi, farklı kurumsal düzeylerde toplanan verilerin entegrasyonu ve bu bilgilerin karar süreçlerinde kullanılabilir hale getirilebilmesine bağlıdır.

Bilgi toplamaktan,
bilgi işlemeye

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

Personel, malzeme ve mali kaynakların çevirim içi takibini sağlayan Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi (ÇKYS) tamamlanarak hayata geçirildi. Ayrıca Sağlık Bakanlığı İhale Bilgi Sistemi (SBİBS), Yeşil Kart Bilgi Sistemi (YKBS), Tıbbi Cihaz ve Malzeme Kayıt Sistemi (TCMKS) ve Doktor Bilgi Bankası (DBB) hazırlandı. Elektronik hasta kaydının öncüsü ve sağlık bilgi sisteminin sınırlı bir ölçekte örneği olan Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS) uygulamaya konuldu. Bu yolla aile hekimliği uygulanan illerimizde birinci basamakta hasta kayıtları elektronik olarak tutulmaya başlandı. Bütün sağlık hizmetlerini ve sağlık sisteminin bütün aktörlerini içine alacak bir sağlık bilgi sisteminin kurulması için alt yapı çalışmaları sürdürülmektedir.

Sağlıkta Yeni Dönem

11. Yatırımlarda Akılcılık

Cumhuriyet tarihinde ilk kez bütün sağlık yatırımları gözden geçirilerek detaylı bir sağlık envanteri çıkarıldı. Kamu sağlık yatırımları yeniden planlandı. Yatırımların finansal, tıbbi ve teknik analizleri dikkatle değerlendirildi.

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

Sağlıkta rasyonel
yatırım dönemi

Cumhuriyet tarihimizde bir ilk olmak üzere "Türkiye Sağlık Envanteri" çalışması yaptık.

Yatırımların finansal, tıbbi ve teknik analizlerini dikkatle değerlendirdik.

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

Projeleri öncelik ve önem sırasına göre tasnif ettik.

Yatırım bütçelerimizi yukarıdaki esaslarla rasyonel olarak kullandık.

Kasım 2002-Haziran 2007 Yılları Arasında Tamamlanan Sağlık Yatırımları

Hastane	Hastane Ek Bina	Sağlık Ocağı	Diğer	Toplam
152	149	528	74	903

2003-2007 Yılları Arasında Yapılan Sağlık Yatırımı, Bakım-Onarım ve Tıbbi Donanım İçin Harcanan Para (milyon-YTL)

Genel Bütçe	Döner Sermaye	İl Özel İdaresi	Toplam
2.850	1.661	325	4.836

İktidarımızın 4,5 yılında yatırım için 2 milyar 172 milyon YTL, bakım ve onarım için 829 milyon YTL ve

tıbbi donanım (araç, teçhizat, tefrişat vb.) için 1 milyar 835 milyon YTL olmak üzere -2007 fiyatları ile- toplam 4 Milyar 836 milyon YTL harcadık.

301'i hastane ve ek binası olmak üzere toplam 903 sağlık yatırımını hizmete açtık.

1999-2002 yılları arasında **5.000**, 2003-2007 yılları arasında ise **19.000** yeni yatak hizmete girmiştir.

2007 yılında 3.700 yeni yatağı hizmete sokacağız.

Son dört yılda, içinde tuvalet ve banyo bulunan hasta odası sayısını iki katına çıkardık.

	Aralık 2002	Haziran 2007	Artış (%)
İçerisinde Banyo ve Tuvalet Bulunan Hasta Odası Sayısı	6.850	14.252	% 108
Toplam Hasta Odası Sayısı	32.432	41.851	% 29
Hasta Yatağı Sayısı	107.307	125.411	% 17
Banyosu ve Tuvaleti Bulunan Hasta Yatağı Sayısı	10.100	22.088	%119
Banyosu ve Tuvaleti Bulunan Hasta Yatağı'nın Toplam Hasta Yatağı İçindeki Payı(%)	% 9	%18	

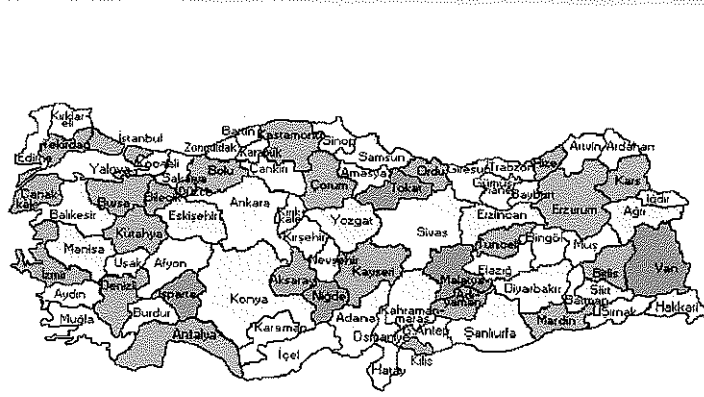
Not: 2002 yılı rakamlarına SSK hastaneleri dahildir.

Yeni sağlık tesisleri yapımı için ve bazı eski yapıların revizyonu için kamu-özel ortaklığı ile yatırımlar yapılmasını sağlayacak mevzuatı hazır hale getirdik.

Sağlıkta Yeni Dönem

12. İl Değerlendirmeleri: Karış Karış Seksen Bir İl

Uygulamaların sahada görülüp değerlendirilmesine ve sıkı takibine büyük önem verilmiştir. Bu amaçla hiçbir dönemde olmadığı kadar saha çalışması yapılmıştır.



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

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

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

**Bu çalışmalar süresince sayın bakan ve saha koordinatörlerinin kat ettikleri mesafe toplamı 450.000 km'dir.
Dünyanın çevresini 11 kez dolaşmak...**

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

İl değerlendirme çalışmalarını aynı zamanda hizmet içi eğitim haline getirdik.

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

Deneyim Paylaşımı

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

Ufuk Genişletme

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

Standardizasyon

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

İletişim ve İstişare

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

Sağlıkta Yeni Dönem

13. Dinamik ve Sağlıklı Dış İlişkiler

Sağlık alanında 44 ülke ile 52 işbirliği anlaşması mevcuttur. Bunlardan 13'ü Son 4 yılda imzalandı.



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

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

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

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

2003-2006 yılları arasında 13 ülkeden 276 çeşitli düzeylerdeki sağlık personeline eğitim verildi.

Sağlıkta Yeni Dönem

14. Sağlık Bakanlığının Yeniden Yapılandırılması

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

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

Bütün bunlara rağmen, Bakanlığın yeni yapılanmasına ilişkin köklü yasal değişimler henüz gerçekleştirilememiştir. Ancak hazırlıklar önemli bir düzeye gelmiş ve önemli bir birikim oluşmuştur. Hazırlanan yasal düzenlemelerin hayata geçmesi ile sürece devam edilecektir.

BÖLÜM 3



Daha Yapacak
Çok İşimiz Var

Daha Yapacak Çok İşimiz Var

"112 Acil Sağlık" hizmetlerine gelen çağruların %95' inden fazlasına şehirlerde 10 dakika, kırsalda 30 dakika içinde ulaşmayı hedeflemekteyiz. İstasyon ve ambulans sayımızı artırıp, ambulanslarımızı son teknolojilerle yenilemeye devam edeceğiz. Kar üstü araçlarımıza ek olarak, deniz ve hava taşıma araçlarını da filomuza ekleyeceğiz.



"Aile Hekimliği'ni ülkemizin her yerine yaygınlaştıracacağız. Böylece kendi doktorumuzu seçebileceğimiz, isteğimizle değiştirebileceğimiz bir dönem başlayacak, herkesin sağlık kayıtları düzenli olarak takip edilecek, hastanelerimizle bütünleşmiş bir sağlık sistemi ve uygun sevk zinciri geliştirilebilecektir. Bu şekilde, bütün ülkede randevulu hizmet dönemini de başlatmış olacağız; bütün hastanelerde hekimimizi kendi tercihimizle belirleyeceğiz. Aile hekimlerimiz bireysel koruyucu sağlık hizmetlerini eksiksiz yürütecek ve gezici sağlık hizmetleri sunacaklar. Öte yandan "Toplum Sağlığı Merkezleri" ile halk sağlığı çalışmalarını takip edeceğiz.

Böylece özel önem verdiğimiz "anne ve çocuk sağlığı hizmetleri" daha da gelişecek. Bütün anne adayları ve annelerin sağlığını dikkatle takip edeceğiz. Üreme sağlığı programlarımızı özellikle riskli bölgelerde güçlendireceğiz.

Çocuklarımızın hayata sağlıklı başlamaları ve hayatlarını sağlıklı sürdürmeleri için çalışmalarımızı yoğunlaştıracacağız. Bebek ölümlerini 2010 yılına kadar binde yirminin, anne ölümlerini yüzbinde yirminin altına indireceğiz. Bebek ve çocuklarda beslenme eksiklik ve bozukluklarını önleyici programlarımızı güçlendireceğiz. Çocuklarımızın aşılama oranlarını %95'in üstüne çıkaracağız. Sadece gelişmiş ülkelerin aşı takvimini uygulamakla kalmayacak, aşılamadaki son yenilik ve teknolojileri çocuklarımıza ulaştırmaya devam edeceğiz.

Gençlerimizin sağlığı için, toplumun katılımını sağlayarak şiddet ve kazalardan, ilaç, tütün, alkol tüketimi gibi zararlı davranışlardan korunmaları için azami gayreti göstereceğiz.

Sağlık hizmetlerine erişimde dezavantajlı kişilerin, özellikle özürhükümlerinin uygun hizmete kolay ulaşmasını sağlayacağız. Evde bakım hizmetleri konusundaki gayretlerimizi sürdüreceğiz.

Yaşlılarımızın sağlığına özel önem verecek ve aktif sosyal rol alabilmeleri için gayretlerimize devam edeceğiz.

Ruh sağlığının geliştirilmesi için oluşturduğumuz ülke programını kararlılıkla sürdüreceğiz.

Bugüne kadar bulaşıcı hastalıklardan korunmada gösterdiğimiz başarıyı taçlandırmak üzere; kızamığın ülkemizde kökünü kazımak, hepatit B taşıyıcılığını asgariye indirmek; kabakulak ve boğmacayı yüzbinde bir, sıtmayı yüzbinde beşin altında tutmak; tüberküloz, çocuk zatürresi, ishallerden oluşan olumsuzlukları ve ölümü azaltmak azmi ve kararlılığımızdayız.

Dünyadaki gelişmelere paralel olarak önümüzdeki dönemin önemli sağlık sorunları arasında, bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı olarak sağlığın bozulması ve bunlara bağlı erken ölümler yer alacaktır. Bu çerçevede kalp-damar hastalıkları, kanserler, diyabet, kronik solunum yolları hastalıkları, felçler, böbrek yetmezliği başta olmak üzere, bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar için ulusal programlar geliştireceğiz.

Tütün, alkol kullanımı, meyve-sebzenin eksik tüketilmesi, fiziksel hareket yetersizliği, aşırı kilo, yüksek kan basıncı ve yüksek kolesterolden oluşan "yedi temel risk"le kararlılıkla mücadele edeceğiz. İnsanımızın daha sağlıklı olması için "Sağlıklı Hayat" programlarını toplumumuza benimsetmek kararlılığımızdayız.

Çevre kirliliğinden korunma, yeterli ve kaliteli içme suyunun sürekli temini, hayat ortamlarının sağlıklı hale getirilmesi, kazalardan korunma konusunda çalışmalarımızı yoğunlaştıracacağız.

Ulusal medikal kurtarma ekiplerimizi hem sayı hem de donanım açısından geliştirecek, afetlere her zaman ve her zeminde hazır 3.500 kişilik bir gönüllüler ordusunu hazır bulunduracağız.

Sağlık yatırımlarımız için farklı finansman kaynaklarına kamu özel ortaklığı metodunu da katmış bulunuyoruz. Ayrıca TOKİ ile birlikte sağlık binaları inşasına başladık. Her bir sağlık bölgesini esas alarak, vatandaşlarımızın Ankara, İstanbul gibi birkaç şehre yönelme zahmetini ortadan kaldıracacağız. Bölge merkezlerine sağlık kampüsleri oluşturacağız. Geniş poliklinik ve acil alanları, banyolu-tuvaletli odaları, yeterli yoğun bakım imkânları olan yeni hastanelerin sayılarını artıracacağız.

Toplum sağlığını ilgilendiren programlardan bireysel hasta bakımına kadar, sektörle ilgili bütün hizmetlerde stratejilerin etkinliğini, sağlıkla ilgili sonuçlar, göstergeler itibariyle takip edeceğiz. Sunulan hizmetlerin kalitesi ve insan haklarına saygının geliştirilmesinin hasta memnuniyetine yansımaları göstermeye devam edeceğiz.

Sağlık hizmetlerinin finansmanının devamını sağlayarak genel kapsayıcılık ve sürdürülebilirliği devam ettireceğiz.

Oluşturduğumuz "Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi"ni (e-sağlık) geliştirerek, Sağlık Bakanlığı, üniversite ve özel sağlık kuruluşlarını, sosyal güvenlik kurumlarıyla birlikte "entegre sağlık bilgi sistemi"ne kavuşturacağız.

Pilot illerimizde başlatacağımız "Randevu ve Çağrı Merkezi Sistemi" ile vatandaşımızın hastaneye gelmeden önce kolaylıkla randevu alabileceği bir sistemi hayata geçireceğiz.

Sağlıkla ilgili tüm kurumlarımızla olduğu gibi Kızılay'la da işbirliğimizi artırarak sürdüreceğiz. Bu kapsamda Kızılay'la el ele vererek, birlikte başlattığımız projelerle kan ve kan ürünleri teminini vatandaşın sırtında yük olmaktan çıkaracağız.

Sağlık insan kaynaklarında (doktor, hemşire başta olmak üzere), ülkemizdeki ciddi sayısal eksiklerin giderilmesi için sorumluluğu olan bütün tarafların, vakit geçirmeden teşebbüsü zaruridir.

Sağlık sistemleri, sağlık ekonomisi, sağlık yönetimi ve benzeri konular başta olmak üzere araştırma ve geliştirme çalışmaları ile dönemimizde yıldızı tekrar parlayan Hıfzıssıhha Mektebi'ni "Türkiye Sağlık Enstitüsü"ne dönüştüreceğiz. İlaç ve tıbbi malzeme yönetimi için özel bir yapı geliştirme, bağımsız İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu kurma hedef ve kararlılığımız devam edecektir. Akılcı ilaç kullanımı politikası çerçevesinde tedavi hizmetlerinin nitelikli ve ekonomik olarak sunulmasına yönelik çalışmalarımızı sürdüreceğiz.

Sağlık Bakanlığı'nı yeniden yapılandırarak, yerinden yönetimi güçlendirip "küreği çeken değil, dümeni tutan" bir sağlık yönetimi oluşturacağız.

Kamuda "Hastane birlikleri"ni hayata geçirerek yerinden yönetimle güçlendireceğiz. Özel sektörün kaynaklarını sağlık için kullanmasını teşvik edici uygulamalarımız devam edecektir.

"Herkes için sağlık" politika ve stratejilerimizin uygulanmasında bireyler, kamu ve özel sektörün tamamındaki gruplar, sivil toplum kuruluşları ve uluslararası kuruluşların katkıları için fırsatlar oluşturmayı sürdüreceğiz.

"Sağlıkta Dönüşüm Programı" hedeflerini 2013 itibarıyla büyük ölçüde gerçekleştirmiş olacağız: Herkese eşit, adil, kaliteli, çağdaş ve sürdürülebilir sağlık hizmeti!

2023 Vizyonumuz

İki bin yirmi üçte bireylerin sağlık hakkı konusundaki bilinçlenmesinin en üst düzeyde ve doğru biçimde sağlandığı bir ülke hedefliyoruz. Sağlık sistemimiz bu bilinçlenme düzeyinin taleplerini karşılayacak niteliklere ulaşacaktır.

Koruyucu sağlık hizmetlerinin en mükemmel biçimde sağlandığı, hastalık durumunda ise "kanıta dayalı tıp" uygulamalarının "hasta hakkına" azami riayet içinde uygulandığı bir sağlık hizmeti anlayışını hedefliyoruz.

Anne ve bebek ölümleri sırası ile yüzbinde ve binde 10'un altına inmiş olacaktır.

Birey ve toplum sağlıklı kalmak için gerekenleri yapan, sigara ve alkol başta olmak üzere zararlı alışkanlıklarından uzaklaşmış bir seviyeye kavuşacaktır.

Hedeflerimize ulaşmak için "insan kaynaklarımızı" süratle geliştirmeliyiz. Üniversitelerimiz bu konudaki 2023 hedeflerini vakit kaybetmeden ve doğru olarak belirlemelidir. Bir hekimin 6-7, bir uzman hekimin 12-13 yılda yetiştiğini dikkate almalıyız. Geç kaldığımız her gün 2023 vizyonumuz için kayıp anlamına gelmektedir. Üniversitelerimizin tıp fakültesi öğretim üye sayısı hekim yetiştirme konusunda ihtiyacımız olan hedefleri sağlayabilecek durumdadır.

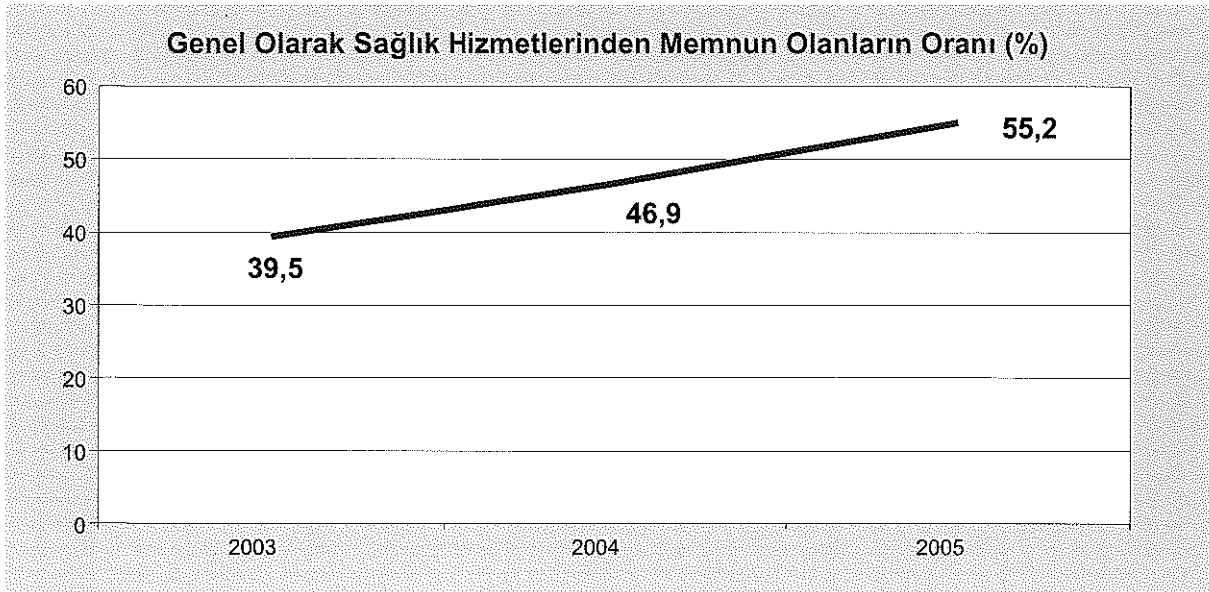
İnsan kaynaklarımızın geliştirilmesini 2023 hedefleri açısından en hayati konu olarak görmekteyiz.

Türkiye Cumhuriyeti'nin "Sağlıklı Türkiye 2023" hedefimizi gerçekleştirebilecek güçte olduğuna inancımız tamdır.

Son Söz

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

*Değişime ve dönüşüme hızlı bir şekilde başladık,
çünkü yolumuz uzun.
Tüm ihtiyacımız iyi niyetli, azimli, kararlı ve uzun soluklu çalışkan insanlardır.
Bu var... ve başarıyoruz.*



Kaynak: TÜİK

*Beş yıl önce böyle değildi;
beş yıl sonra daha iyi olacak.*

Kaynaklar

1. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, 1982
2. Türkiye Cumhuriyeti 9. Kalkınma Planı, Ankara 2006
3. Sağlıkta Dönüşüm Programı, Sağlık Bakanlığı Ankara, 2003
4. Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Bakanlığının Değişen Rolü Sağlık Bakanlığı Ankara, 2007
5. Sağlık 2003, Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu, Sağlık Bakanlığı Ankara, 2004
6. Sağlık 2004, Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu, Sağlık Bakanlığı Ankara, 2005
7. Sağlık 2005, Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu, Sağlık Bakanlığı Ankara, 2006
8. Sağlık 2006, Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu, Sağlık Bakanlığı Ankara, 2007
9. Aile Hekimliği Türkiye Modeli. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı Ankara, 2004
10. Sağlıkta Performans Yönetimi ve Performansa Göre Ödeme Sistemi. Sağlık Bakanlığı Ankara 2005
11. Sağlıkta e-Dönüşüm, Sağlık Bakanlığı Ankara 2005
12. Fişek N: Halk Sağlığına Giriş, Hacettepe Üniversitesi Yayını, 1985
13. Dünya Sağlık Örgütü web sayfası www.who.int
14. 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.
15. 58. Hükümet Programı <http://www.byegm.gov.tr/hukümetler/58hukümet>
16. 59. Hükümet Programı <http://www.byegm.gov.tr/hukümetler/59hukümet>
17. Acil Eylem Planı, www.akparti.org.tr/acileylem.asp
18. ÖSYM Yıllıkları
19. 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun Metni, 1961.
20. 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun Gerekçe Metni, 1961.
21. Dünya Sağlık Örgütü. 21. Yüzyılda Herkese Sağlık. WHO: Copenhagen: WHO Publications; 1998.
22. Herkese Sağlık, Türkiye'nin Hedef ve Stratejileri-Sağlık 21, Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları; 2001.
23. Improving Health Systems: The Contribution of Family Medicine. WONCA; 2002
24. OECD Health Data, OECD Publications, 2001.

25. Ulusal Sağlık Hesapları, 2003 (Sağlık Bakanlığı Yayınlanmamış Rapor).
26. Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı,
<http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem22/yil01/ss349m.htm>
27. Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı.
www.basbakanlik.gov.tr/docs/kkgm/kanuntasarilari/101-1349.do

