

Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı
ve
Temel Sağlık Hizmetleri

Kasım 2002-2008

(Alma Ata'nın 30. Yılı Hatırası)



Prof. Dr. Recep AKDAĞ





Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve
Temel Sağlık Hizmetleri

KASIM 2002–2008

(Alma Ata'nın 30. yılı hatırasına)

Prof. Dr. Recep Akdağ

Editör

► **Baş Editör**
Prof. Dr. Recep Akdağ

► **Editörler:**
Prof. Dr. Sabahattin Aydın
Yrd. Doç. Dr. Turan Buzgan
Dr. Hüseyin Demirel
Dr. Fatimatüzzehra Gündüz

► **T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No:** 770

► **Baskı:** Kasım 2008

► **ISBN:** 978-975-590-296-8

| | |
|---|------------|
| Sunuş..... | 4 |
| Giriş | 6 |
| ▶ Bölüm 1: Düünden Bugüne Sağlık Politikalarımız..... | 14 |
| 1920-1923 Yılları Arası Sağlık Politikaları | 14 |
| 1923-1946 Yılları Arası Sağlık Politikaları | 14 |
| 1946-1960 Yılları Arası Sağlık Politikaları | 15 |
| 1960-1980 Yılları Arası Sağlık Politikaları | 18 |
| 1980-2002 Yılları Arası Sağlık Politikaları | 18 |
| 2003 Yılı Sonrası Sağlık Politikaları: Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı | 21 |
| ▶ Bölüm 2: Alma-Ata'dan Günümüze Temel Sağlık Hareketi..... | 24 |
| Giriş..... | 24 |
| Dünyada Temel Sağlık Hizmetlerine Yönelik Hareketler | 27 |
| Dünya Sağlık Örgütü ve Temel Sağlık Anlayışının Gelişimi | 28 |
| Alma-Ata Konferansı ve Temel Sağlık Hizmetleri Anlayışı | 31 |
| Gelenekselleşmiş Sağlık Hizmeti Tarzı..... | 34 |
| Değişen Dünyanın Fırsat ve Tehditleri | 36 |
| Sağlıkta Farkındalık ve Artan Toplumsal Destek | 38 |
| Temel Sağlık Hizmetleri Anlayışındaki Değişmeler | 39 |
| Temel Sağlık Hizmetleri Reformu İhtiyacı | 41 |
| Önerilen Reform Başlıkları | 42 |
|ve Sağlıkta Dönüşüm | 45 |
| ▶ Bölüm 3: Sağlıkta Yeni Dönem | 50 |
| 1. İnsan Merkezli Hizmet İçin Zihniyet Değişimi | 50 |
| 2. Yaygın ve Eşit Sağlık Güvencesi: Genel Sağlık Sigortası..... | 53 |
| 3. Temel Sağlık Hizmetlerinde Seferberlik..... | 58 |
| a) Sağlık Ocaklarına Yeni Çehre ve Yeni Görevler..... | 59 |
| b) Acil ve Afetlerde Sağlık Hizmetlerinde Sıçrama | 62 |
| c) Geleceğimizin Teminatı: Anne ve Çocuk Sağlığı..... | 71 |
| d) Bulaşıcı Hastalıklarla Etkili Mücadele | 85 |
| e) Başışıklama Programları: Aşılar..... | 96 |
| f) Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Programı..... | 101 |
| g) Sağlıklı Çevre Sağlıklı İnsan | 105 |
| h) Sağlıklı Gelecek İçin Sağlıklı Beslenme | 110 |
| ı) Alkol, Madde ve Tütüne Bağlı Zararların Azaltılması | 114 |
| i) Akıl ve Ruh Sağlığı (Mutlu Bireyler) | 119 |
| j) Sağlıkın Geliştirilmesi, Kronik Hastalıklar İçin Toplumsal Hareket ve Bilinç Gelişimi | 125 |
| 4. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Dönüşüm: Aile Hekimliği | 143 |
| 5. Performansa Göre Ek Ödeme, Kalite ve Akreditasyon..... | 149 |
| 6. Sağlıkta İnsan Kaynakları Yönetimi | 154 |
| a) İnsan Kaynakları Durum Tespiti ve Çözüm Planlaması..... | 154 |
| b) Sağlık İnsan Kaynağı İstihdamında Hamle | 157 |
| c) Personel Atamalarında Şeffaflık | 158 |
| d) Sağlık Personeli Eğitimi | 160 |
| 7. Ulusal İlaç Politikası | 162 |
| a) İlaç Fiyatlarında İndirim..... | 162 |
| b) Eczanelerin Herkese Açılması | 164 |
| c) Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetimi | 165 |
| 8. Sağlık Bilgi Sistemi | 166 |
| 9. Yatırımlarda Akılcılık | 169 |
| 10. Sağlık Harcamaları | 170 |
| ▶ Kaynaklar | 174 |

Sunuş



Recep Tayyip Erdoğan

Başbakan

Hükümet olarak göreve gelirken öncelikli hedeflerimizi ilan ettiğimiz Acil Eylem Planında sağlık hizmetlerine verdiğimiz özel önemi açıklıkla dile getirmiştik. Bugüne kadar gerçekleştirdiğimiz icraatlarımızda da bu konudaki samimiyetimizi ortaya koyduk ve hizmetlerimizi bu bilinçle sürdürdük.

Son 6 yılda Sağlıkta Dönüşüm Programı adı altında toplanmış pek çok icraata gururla imzamızı attık ve bu icraatları yürürlüğe koyarken her zaman vatandaşımızı, vatandaşımızın sağlığını ve rahatını önemsediğimizi gösterdik. Kendisine veya bir yakınına şifa arayışı içinde olan vatandaşlarımızın sağlık hizmetlerine erişirken yaşadığı sorunları teker teker ama bir bütün içinde çözmeyi hedefledik.

İlk önceliğimizi maddi yetersizlikler nedeniyle sağlık hizmetlerine başvuruda zorluk yaşayan veya bu hizmetleri aldıktan sonra ödeme güclüğü nedeniyle sıkıntı yaşayan vatandaşlarımıza verdik.

Daha önce hepimizi üzen ve birçok vatandaşımızı rencide eden hastanelerde rehin kalma aybını ortadan kaldırdık. Bu konu ile ilgili haberler şimdi birer tarihi ibret belgesi olarak arşivlerde durmaktadır.

Sağlık güvence farklılıkları nedeniyle sağlık kurumlarımızın tamamından veya hizmetlerinden yeterince istifade edemeyen vatandaşlarımıza devletimizin

bütün sağlık kurumlarının kapısını fark gözetmeden açtık. İlaç temininde yaşanan kuyrukları ise özel eczanelerimizi tüm vatandaşlarımızın hizmetine sunarak aştık. Bu sayede ilaç bekleme kuyruklarını da tarihin bir parçası haline getirdik.

Kamu hastanelerimizin imkânlarını artırarak vatandaşlarımıza daha hızlı ve kaliteli sağlık hizmeti verilebilmesinin yolunu açtık. İnsan haysiyetine yakışmayan görüntülerden sağlık kurumlarımızı temizledik.

İstikbalimizin garantisi olan evlatlarımızın sağlıklı bir hayata başlayabilmeleri için demir ve D vitamini desteğini ücretsiz olarak sağladık. Gelişmiş ülkelerde bile ücret karşılığı yapılan aşuları rutin ücretsiz aşılama tablomuza ekledik.

Anne adaylarımızın sağlıklı bir hamilelik dönemi geçirebilmeleri ve yine sağlıklı bebekler dünyaya getirebilmeleri için takip programlarımızı geliştirdik.

Sosyal Güvenlik Reformu ile sağlık güvencelerini tek bir şemsiye altında topladık. Böylece, vatandaşlarımızın sağlık hizmeti almasındaki sınıf uygulamasını da kaldırarak bütün vatandaşlarımızın birinci sınıf hizmet almasını temin ettik.

18 yaş altı tüm evlatlarımızı genel sağlık sigortası kapsamına alarak her türlü hastalık hallerinde ailelerinin sağlık güvencesi olup olmadığına bakmadan her türlü sağlık sorununu gidermeyi sosyal devlet görevi olarak gördük.

Yıllardan beri birçok hükümetin programında yer alan Aile Hekimliği uygulamasını başlatarak vatandaşlarımızın sağlık alanında kendilerini güvenle emanet ettiğimiz birer hekimlerinin olmasını sağladık.

112 Acil Yardım Ambulans Hizmetlerini köylere kadar yaygınlaştırarak acil yardım hizmet ağını en ücra noktalara kadar ulaştırdık. Helikopter ve paletli kar ambulansları ile iklimsel ve coğrafi engelleri de bertaraf ettik.

Vatandaşlarımızın en iyiyi hakettiğinin bilincinde olarak, hiç bir zaman geldiğimiz noktayı yeterli görmüyoruz. Modern sağlık hizmeti imkânlarının tümünü vatandaşımıza sunmayı her zaman kendimize bir görev saymaya devam edeceğiz.

İnsanımızı yücelterek devletimizi yüceltme anlayışında bir geçmişin varisçileri olarak hizmete devam sözümüzü yerine getireceğiz.

Bu vesile ile insanımıza hakkı olan kaliteli, etkili ve kolay erişilebilir bir sağlık hizmeti verilebilmesi hususunda emeği geçen herkese milletim adına şükranlarımı sunuyor, bütün vatandaşlarıma daha sağlıklı ve mutlu bir gelecek temenni ediyorum.

Giriş



Prof. Dr. Recep Akdağ
Sağlık Bakanı

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

Ancak bu özgünlük evrensel ilkelerden taviz verme anlamına gelmemelidir. Sağlıkın doğuştan kazanılan bir hak olması nedeniyle sağlık hizmetlerinin herkese eşit olarak ulaştırılacak bir biçimde örgütlenmesi zorunluluğu vardır. Adalet ve hakkaniyet ilkelerine uygun olarak, herkese sağlık güvencesi sağlanmalı, cinsiyet, sosyal statü ve sosyal sınıf gibi hiçbir ayırım sağlık hizmetinden yararlanmaya engel teşkil etmemeli, sağlık hizmetleri kolay erişilebilir olmalı, sunulan sağlık hizmetleri çağdaş düzeyde ve etkili olmalıdır.

Sağlık sisteminde yaşanagelen sorunların tüm sağlık sektörünü ve toplumun sağlık düzeyini ve mutluluğunu olumsuz yönde etkilemesi kaçınılmazdır. Türk sağlık sisteminin içinde bulunduğu durum, hizmet sunumundan finansmanına, insan gücünden bilgi sistemine kadar ilgili birçok alanda köklü değişikliklere gidilmesini gerekli kılmıştır. Ancak bu gerekliliğin sadece ülkemizle sınırlı olmadığını bilmek gerekir. Sağlık hizmetleri sunumu konusunda birçok ülkenin reform

çalışmaları içinde olduğunu rahatlıkla söyleyebiliriz. Sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, sağlık altyapısı ve örgütlenmenin düzenlenmesine yönelik çalışmalar, sağlık politikalarında önemli değişimleri beraberinde getirmektedir.

Biz de sağlıkta hem koruyucu hizmetler hem de tedavi edici hizmetler açısından kararlı bir biçimde bir dönüşüm hamlesi başlattık. Bu iki kavramı konuşanlar bazen sanki birini ihmal edip diğerini önemseyebileceğimizi ifade etmektedirler. İkisinin de birbirinden ayrılamayacağını bilincindeyiz; her iki alanda da başarılı olmak zorundayız. Bir taraftan çocuklarımıza çağın en modern aşlarını yapacağız, engellenebilir tüm hastalık ve kazalardan koruyacağız, öte yandan hastanenin kapısına sağlık şikayetiyle gelen teyzemizi, amcamızı, kardeşimizi de büyük bir şefkatle o hastaneye alacağız, kucaklayacağız, onların da ihtiyacını göreceğiz, gerekirse evinde ihtiyaçlarını gidermeye gayret edeceğiz. Dolayısıyla entegre bir mantıkla bütün bu hizmetleri birlikte yürütmek zorundayız.

Eğer bir ülkede sağlık sistemlerini iyileştirmeyi hedeflediyseniz önce o ülkedeki siyasi otoritenin yani devlet başkanının, başbakanın ve hükümetin desteğini arkanıza almanız gerekir. İşin mali ve toplumsal boyutlarını hesaba katmanız gerekecektir; yerine göre birçok menfaat odağını da karşınıza almanız gerekebilir. Böyle zamanlarda yanınızda duran, sizi destekleyen, sizi cesaretlendiren bir hükümet başkanının, bir devlet başkanının, bir kabine yönetiminin, bir meclisin olması lazım. Aksi takdirde başarılı olamazsınız. Ben Sağlık Bakanı olarak 6 sene içinde bu desteği hep yanımda gördüm.

İşin en az bunun kadar önemli bir yönü daha var. Eğer sağlık çalışanları bu dönüşümün ruhuna ve gerekliliğine inanmasalardı, bu yolda risk alarak, sevgiyle, olağanüstü gayretlerle çalışmasalar, güç vermeselerdi biz yine başaramazdık.

Artık daha fazla okuyoruz, daha fazla yazıyoruz, daha modern ilaçlarımız var. Vakalara en kısa sürede ulaşırsak da, onları hiç bekletmeden hizmetlerini verebiliyor olsak da, en modern cihazlarla en modern hastanelerde onlara hizmet etsek de, hastalarımıza verebileceğimiz en önemli değer sevgi olduğunu hiçbir zaman unutmadık. Onun için “Sevgi en iyi ilaçtır” sloganıyla sağlık için harcadığımız emeklerin bütün vatandaşlarımızın gönlünde yer etmesi için gayret ediyoruz. Biz insanımıza karşı sevgi göstereceğiz, onlar da biz sağlık çalışanlarına sevgi gösterecekler. Birbirimize merhametle ve şefkatle, yaratılmışların en şerefli gözüyle bakarak yolumuza devam edeceğiz.

Sağlık Bakanlığı, bu temel gerçeklerden yola çıkarak hazırladığı Sağlıkta Dönüşüm Programını 2003 yılında uygulamaya koymuştur. Programı, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirmesi başta olmak üzere geçmiş birikimlerimiz ve tecrübelerimizden, son dönemde yürütülen sağlık reformu çalışmalarından ve dünyadaki başarılı örneklerden ilham alarak hazırladık. Cumhuriyetimizin kuruluşundan bugüne kadar sağlıkta atılan bütün adımları değerlendirdik, daha önce Bakanlık

bünyesinde yürütülen proje çalışmalarını gözden geçirdik ve geçmişin olumlu mirasına sahip çıktık.

Programın sadece bugünü değil, yarını da ciddi anlamda etkileyeceği ve sağlık alanında amaçlanan hedeflere ulaşılmasında önemli bir mihenk taşı olma özelliğini taşıyacağı kuşkusuzdur. Bakanlığım, bu programın uygulanması ve sağlık alanında arzulanan noktaya ulaşılması hususundaki kararlılığını göstermiş ve birçok uygulamayı hayata geçirmiştir.

Son birkaç yıl, ülke sorunlarını çözmek konusunda yıllardır konuşulan birçok politikayı sadece sözler olarak kalmaktan kurtarıp hayata geçirmek konusundaki politik, bürokratik ve toplumsal kararlılık örnekleriyle doludur. 2003 - 2008 yılları sağlıkta da birçok taşın yerinden oynadığı önemli bir dönemdir. Bu dönemde ülkemiz, sağlık politikalarındaki değişikliklerin kamuoyunda sıkça tartışıldığı, ortaya konan icraatların hizmet sunanlar kadar hizmet alanlar tarafından belirgin bir şekilde hissedildiği bir sürece tanıklık etmiştir.

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

Temel bir hak olan sağlık hizmetleri, ayırım gözetmeden ve farklı uygulamalara meydan vermeden vatandaşımıza ulaştırılmaya çalışılmıştır. Vatandaşımız, üniversite hastaneleri ve özel hastaneler dahil, istediği her hastaneye gidebilme imkanı elde etmiştir.

Dar gelirli kesimlere yönelik olarak yeşil kartlı vatandaşlarımızın hakları genişletilmiştir; Yeşil Kart sahiplerinin "ayakta tedavi" kapsamında görecekları sağlık hizmetleri ile ilaç giderleri de devlet tarafından karşılanır olmuştur.

İlaçtaki KDV oranı düşürülmüş ve ilaç fiyatlandırma sistemi değiştirilmiştir. Böylece ilaç fiyatlarında önemli oranda indirim sağlanmış ve ilaç harcamalarının hem kamu hem de vatandaşa olan yükü büyük ölçüde hafifletilmiştir. Bu düzenlemeler, ilaca erişimin yaygınlaştırılmasında önemli rol oynamıştır.

Sosyal güvenlik şemsiyesi sadece daha fazla nüfusu kuşatmakla kalmamış vatandaşlarımızın kendi ceplerinden yaptığı sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamasına oranı yüzde 30'dan yüzde 16'ya inmiştir.

Artık yalnızca şehirlerde değil, köylerde de "112 Acil Sağlık" hizmeti sunulmaktadır. İstasyon sayısı artırılıp, ambulanslarımız son teknolojilerle donatılmaktadır. Kar üstü araçlarına, deniz ve hava taşıma araçları eklenmiştir."112 Acil Sağlık" hizmetlerinde hedefimiz şehirlerde 10 dakika, kırsalda 30 dakika içinde çağruların % 95'inden fazlasına ulaşmaktır. 81 ilimizde özel eğitim almış 2500 sağlık personeli ile Avrupa'nın en büyük afetlere yönelik tıbbi kurtarma ekibi kurulmuştur.

Bina, ekipman ve sağlık personelinin eksik olduğu b6lgeler 6ncelikli kabul edilerek, bu konudaki dengesizlikler b6y6k 6l6de ortadan kaldırmıştır. Bu d6nemde sağlık yatırımlarının hızla tamamlanmasına ağırlık verilmiştir; 211'i hastane, 191'i hastane ek binası, 752'i sağlık ocağı olmak 6zere toplam 1249 sağlık tesisi hizmete a6ılmıştır. Kamuda y6z onbir bin yeni sağlık personeli istihdam edilmiştir. Sağlık sekt6r6ndeki insan kaynağı eksikliğimizin giderilmesi i6in, başta 6niversiteler olmak 6zere, sorumluluğu olan b6t6n taraflarla işbirliği yapılarak sorunların 66z6m6ne y6nelik azami gayret g6sterilmektedir.

Başta koruyucu sağlık ve ana-6ocuk sağlığı hizmetleri olmak 6zere birinci basamak sağlık hizmetleri g66lendirilerek yaygınlaştırılmaktadır. 6ağdaş sağlık anlayışının temel unsurları arasında yer alan aile hekimliği uygulaması başlatılmıştır. Geleceğe d6n6k olarak b6y6k bir adım niteliğinde olan bu proje 6er6evesinde başarıyla s6rd6r6len uygulamadan gittik6e daha fazla vatandaşımız yararlanmaktadır.

6nemle 6zerinde durduğumuz 2010 yılına kadar bebek 6l6mlerini binde yirminin, anne 6l6mleri y6z binde yirminin altına indirme hedefimize şimdiden ulaşılmıştır. Bebek 6l6mleri binde 29'dan binde 17'ye, anne 6l6mleri ise y6z binde 70'lerden y6z binde 19'a inmiştir.

Bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı olarak sağlığın bozulması ve erken 6l6mleri 6nlemek, d6nemimizin 6nemli sağlık programlarını teşkil etmiştir. Bu kapsamda kalp-damar hastalıkları, kanser, diyabet, kronik solunum yolları hastalıkları, fel6, b6brek yetmezliği başta olmak 6zere, belirli hastalıklar i6in ulusal programlar planlanmış, uygulamaya konmuştur.

Bulaşıcı hastalıklardan korunmada g6sterilen başarıyı daha ileri seviyelere taşımak 6zere, kızamığı 6lkemizden uzaklaştırmak, hepatit B taşıyıcılığını asgariye indirmek, kabakulak, boğmaca ve sıtmayı y6z binde birin altında tutmak, t6berk6loz, 6ocuk zat6rresi, ishallerden oluşan olumsuz sonu6ları ve 6l6m6 azaltmak 6ncelikli hedeflerimiz arasındadır.

1985 yılında T6rkiye Cumhuriyeti H6k6meti rahmetli Turgut 6zal'ın Başbakanlığı'nda 6ok b6y6k bir aşılama kampanyası yaptı. Ben de o yıllarda bir pratisyen hekim olarak o aşılama kampanyasının i6inde b6y6k bir heyecanla bulundum. T6rkiye tarihinde ilk defa aşılamalarda % 80'lerin 6zerinde başarı oranı yakaladı. Bu, binlerce 6ocuğun hayatının kurtulması demektir, binlerce 6ocuğun sakat kalmasının 6nlenmesi demektir.

Daha sonra aşılama oranları bu seviyelerde devam etti. Aşılama takvimimize de yeni aşılar eklenemedi. Aşılama tarihimizde 80'li yıllardan sonra Sağlıkta D6n6ř6m Programı'na gelinceye kadar başarılan iki 6nemli iş daha vardı. Birisi, Hepatit B aşısına başlanması, diğeri ise 6ocuk felcinin T6rkiye'de ortadan kaldırılması.

Bugün bütün aşılar da oran olarak Avrupa ortalamalarını geçtik. Yani yalnızca aşı çeşitliliğini arttırmak, aşıyla korunabilir hastalıklar konusunda dünyanın en gelişmiş ülkelerine yetişmek değil, birçoğunu geride bıraktık. Sevgili yavrularımıza 7 çeşit aşı yaparken bunlara son 4 yılda 4 aşı daha ekledik. Şunu açıkça ifade etmek istiyorum ki konuyu bilen bütün sağlıkçılar; çocuk hekimleri, halk sağlıkçıları, sosyal pediatristler, enfeksiyon uzmanları, çocuk enfeksiyonu uzmanları, Sağlık Bakanlığı üst düzey yöneticileri, bugün Türkiye'nin aşıda geldiği noktalara ulaşmasını mutlaka çok uzun zamandan beri arzu etmekteydiler.

Mutlaka bizden önce de Sağlık Bakanlıkları bu aşıları yapmak istemiş ama bu fırsatı elde edememişlerdi. Aşı için yılda 15 milyon lira civarında bir kaynak harcanıyordu. Biz 2009 yılında aşı için 300 milyon lira harcamayı hedefledik. Bu hususta bize desteğini veren değerli Başbakanımıza, hükümetimize ve maliyemize şükranlarımı arz etmek istiyorum. Onların katkıları olmasaydı, biz bu aşıları yavrularımıza yapamazdık. Ama en büyük şükran duygum, bu programı başarıyla yürüten, özellikle de sahada bu aşığı bütün yavrularımıza yapan beyaz önlüklü sağlık çalışanlarımızdır. Hakkâri'den Ardahan'a, Mardin'e, Konya'ya, Sinop'a, Hatay'a, Denizli'ye, Edirne'ye, Türkiye'nin bütün bölgelerindeki en ücra noktalara ulaşan, kar-kış demeden yerine göre belki kendini de riske atarak aşıları büyük bir şevk içerisinde, ortaya koyduğumuz vizyonu ruhlarına tam olarak sindirmiş olarak gerçekleştiren sağlık çalışanlarına şükranlarımı bir kere daha ifade ediyorum. Türkiye gibi bir ülkede politik kararlılık gösterebilirsiniz, aşığı yeterli kaynağı ayırırsınız, vizyonunuz bu meseleyi kuşatabilir. Ama böyle bir coğrafyada sağlık çalışanlarının meseleye yüksek inancı olmasa % 96 aşılama oranlarını başaramazsınız.

Bulaşıcı hastalıklarla mücadelede kazanılan bu büyük adımlardan sonra bebek ve çocuklarda beslenme eksiklik ve bozukluklarını önleyici programları da gündemimize aldık. Artık çocuklarımızda D vitamini eksikliği çok nadir bir duruma geriledi. Demir eksikliği aynı şekilde büyük ölçüde azaldı. Çocukluk çağı yetersiz beslenmesi ile ilgili olarak da önemli bir mesafe almış durumdayız. Hal böyle olunca bizim de hastalık yükümüz, tıpkı gelişmiş ülkelerde olduğu gibi iki ana grupta toplanmış oluyor. Bunlardan birisi kalp ve kalp damarları ile ilgili hastalıklar, diğeri de kanserler.

Öyle görülmektedir ki, önümüzdeki 15 yıl içerisinde, belki 30 yıl içerisinde bu iki ana konuda özellikle dikkatlerimizi yoğunlaştırmalıyız. Tedavi edici hizmetlerin yanında ve özellikle koruyucu hizmetler açısından bu iki alanda dikkatlerimizi yoğunlaştırmalıyız.

Türkiye'de kanser taramaları konusunda önemli mesafeler aldık. Kısaca KE-TEM dediğimiz Kanser Tarama Erken Teşhis ve Eğitim Merkezlerini bugün bütün illerde açmış durumdayız. Özellikle meme kanseri, kolon kanserleri ve rahim

ağzı kanserleri açısından bu taramaları önümüzdeki yıllarda da yaygınlaştıracamız. Kanser taramalarını geri ödeme programına aldık. Kanser teşhisi almış vatandaşlarımızın, özel hastaneler dâhil tamamen ücretsiz tedavi edilmesini sağlayacak kararlar aldık.

Dünya Sağlık Teşkilatı tarafından yayınlanan 2008 Kanser Raporu'nda Türkiye, kanser kontrol stratejisi açısından "örnek ülke" olarak belirlenmiştir. Bütün bu başarıların sebebi, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile artık kanser kontrolünün gerek farkındalığın artırılması, gerek taramalar, gerekse tedaviler açısından bir devlet politikası haline getirilmiş olmasıdır.

Gençlerimizin sağlığı için, toplumun katılımını sağlayarak şiddet ve kazalardan, ilaç, tütün, alkol tüketimi gibi zararlı davranışlardan korunmaları için uygun stratejiler geliştirme çabasına girdik. Ülkemizde gerçekten dünyaya örnek olabilecek bir program çerçevesinde tütün kontrolünü yürütüyoruz. Bu Tütün Kontrolü Programı'nın hamisinin birinci derecede Başbakanımız olması icraat açısından işimizi çok kolaylaştırmıştır. Kuşkusuz Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin konunun arkasında durması son derece önemli olmuştur. Enteresan bir birliktelik olarak Başbakanımız ile beraber 25 kişilik kabinemizde sürekli tütün kullanan hiç kimsenin olmadığını ifade edebilirim. Bu topluma kararlı mesaj verme açısından da çok önemlidir.

"Dumansız Hava Sahası Projesi" ve "Havamızı Koruyalım" sloganları ile desteklediğimiz ve önemli oranda başarıya ulaşan bu çabada bu kadar büyük başarının kısa sürede ortaya konulmasında halkımızın bu meselenin arkasında durması çok önemli bir rol oynamıştır. Türk halkı bu konuyu mükemmel bir biçimde algıladı ve bazıların beklentisinin aksine, tepki koymak yerine kanuna da, uygulamalara da büyük ölçüde sahip çıktı. Uygulama halkın büyük ekseriyeti tarafından kabul görmekte ve desteklenmektedir, hatta sigara içenler tarafından da büyük ölçüde desteklenmektedir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile son 6 yıl içerisinde Türkiye'mizde sağlık konusunda çok şey değişti. Artık Türkiye, hastalık yükü önemli ölçüde enfeksiyon hastalıklarından oluşan bir ülke değil. Biz sıtmayla, tifoyla, çocukluk çağında kızamıkla ve benzeri diğer hastalıklarla boğuşan bir ülke değiliz. 2002 yılında kayıtlı tifo vakamız 25 bin iken 2008 yılında yalnızca 218 olmuştur. Yine Türkiyemizde her 2-3 yılda bir 20-30 bin civarında kızamıklı çocukla karşılaşırken geçtiğimiz yıl kızamıklı çocuk vaka sayımız "0" olmuştur. Sıtma vaka sayımız yine 10 binli rakamdan düşerek geçtiğimiz yıl 100'lü bir rakamda kalmıştır. Türkiye'nin sağlık sistemi ile birlikte sağlık tablosu, hastalık yükü de gerçekten önemli ölçüde değişiyor artık.

Halkın sağlığının korunmasının farklı boyutları vardır. Birincisi doğrudan Sağlık Bakanlığı'nın, sağlık çalışanlarının, yani sağlık sektörünün üzerine düşen

görevler kapsamında ele alınabilir. Hatta bu alanı genişletebilir sağlıkla ilgili sosyal belirleyicilere etkili bütün sektörleri sorumluluk alanına davet edebilirsiniz. Diğer önemli bir boyut, bireylerin farkındalığının olması, kendi sağlığına sahip çıkmasıdır. Birey kendi yaşam biçimini değiştirmedikçe, halk sağlığının önemli tehditlerinden onları korumak mümkün olamamaktadır. Kuşkusuz bu hususta da Sağlık Bakanlığı'na ve sağlık sektörüne büyük görevler düşmektedir. Batıların sağlık promosyonu diye nitelendirdiği, bizim Türkçeye sağlığın geliştirilmesi diye çevirdiğimiz kavram çerçevesinde toplumu bilgilendirmek, insanları eğitmek, sağlık okur-yazarı yapmak gereklidir. Her bir bireyde yaşam biçimini sağlıklı olmak yönünde değiştirecek şekilde bir farkındalığın oluşturulması şarttır.

Yapılanların bu denli yaygın ve etkili olması, bundan sonra yapılacakların ve yapılabileceklerin habercisidir. Bu yüzden daha iyi düzeyde sağlık hizmeti talep eden halkımızda güven ve beklenti oluşmuştur. Bu beklentiyi karşılayacak şekilde, başlatılan hizmetlerin tamamlanması ve yeni atılımların yapılması gerekmektedir. Böylece Sağlıkta Dönüşüm Programının amaçlarına daha fazla yaklaşmış olacaktır.

Bölüm-1

Dünden Bugüne Sağlık Politikalarımız



Bölüm

1

Dünden Bugüne Sağlık Politikalarımız

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

1920-1923 Yılları Arası Sağlık Politikaları

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

1923-1946 Yılları Arası Sağlık Politikaları

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

Bu dönemde,

- 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun (1928),
- 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (1930)

gibi halen yürürlükte olan kanunlar dahil çeşitli kanunlar çıkarılmıştır.

Refik Saydam döneminde yürütülen sağlık politikalarında şu dört ilke söz konusudur:

- 1- Sağlık hizmetlerinin planlanması ve programlanması ile yönetiminin tek elden yürütülmesi,
- 2- Koruyucu hekimliğin merkezi yönetime, tedavi edici hekimliğin ise yerel yönetimlere bırakılması.
- 3- Sağlık insan gücü ihtiyacını karşılamak üzere tıp fakültelerinin cazibesinin artırılması tıp fakültesi, mezunlarına mecburi hizmet uygulanması,
- 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 tabibi olması hedeflenmiştir,
- Nüfusun çok olduğu yerlerden başlayarak 1924’te 150 ve 1936’da 20 ilçe merkezinde muayene ve tedavi evleri açılmış, koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin maaşları artırılmış ancak serbest çalışmalarını yasaklanmıştır,
- İllere rehber olmak üzere ilk olarak 1924’te Ankara, Diyarbakır, Erzurum, Sivas Numune Hastaneleri ve 1936’da Haydarpaşa Numune Hastanesi açılmıştır. Daha sonraki yıllarda tamamlanan Trabzon ve Adana Numune Hastaneleri ile Numune Hastanesi sayısı 7’ye çıkmıştır.

1946-1960 Yılları Arası Sağlık Politikaları

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

Yaklaşık bir buçuk yılda kanun tasarısı haline gelen Milli Sağlık Planı, Dr. Behçet Uz, Hasan Saka hükümetinde de (10.8.1947/10.6.1948) Sağlık Bakanı olunca Bakanlar Kurulunda ve TBMM' nin dört komisyonunda görüşülüp kabul edildiği halde, hükümet değişikliği nedeniyle kanunlaşmamıştır.

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

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

Milli Sağlık Planı'nda köy ve köylülerimizi sağlık teşkilatına kavuşturmak ilkesi çerçevesinde, her 40 köy için 10 yataklı bir sağlık merkezi kurularak tedavi edici hekimlikle koruyucu sağlık hizmetlerinin birlikte verilmesi sağlanmaya çalışılmıştır. Bu merkezlere iki hekim, bir sağlık memuru, bir ebe ve bir ziyaretçi hemşire ile onar köylük gruplarda çalışacak köy ebesi ve köy sağlık memurları atanmaya çalışılmıştır. 1945 yılında 8 adet olan Sağlık Merkezi sayısı, 1950 yılında 22'ye, 1955'de 181'e, 1960 yılında 283'e yükseltilmiştir.

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

Bu dönemde çocuk ölümleri ve enfeksiyonlara bağlı ölümlerin çok yoğun olması sebebiyle, nüfus artırıcı politikalar uygulanmıştır. Bu çerçevede sağlık merkezleri, doğumevleri ve enfeksiyon hastalıklarına yönelik sağlık tesisleri artırılmış ve sağlık insan kaynakları gelişimi konusunda önemli mesafeler alınmıştır.

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

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

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

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

Hastane ve sağlık merkezlerinin sayısı artırılmış ve, yatak sayılarında önemli artışlar sağlanmıştır. Özellikle hizmet alanlarından çocuk hastaneleri, doğumevleri ve verem hastaneleri sayısında artış olmuştur.

1950 yılında Sağlık Bakanlığı'na bağlı 118 kurumda 14.581 yatak sayısı var iken, 1960 yılına gelindiğinde 442 kurumda 32.398 yatak sayısına ulaşmıştır. 1950 yılında yüz bin kişiye 9 yatak düşerken, 1960 yılına gelindiğinde bu oran 16,6'ya çıkmıştır.

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

Verem hastalığından ölümler bu dönemde ciddi ölçüde azaltılmıştır. Türkiye'de il ve ilçe merkezlerinde tüberküloza bağlı ölüm hızı 1946 yılında yüzbinde 150 iken, 1960 yılında yüzbinde 52'ye inmiştir.

Bebek ölüm hızında da önemli düşüşler olmuştur. Bebek ölüm hızı 1950 yılında binde 233 iken, 1960 yılında binde 176'ya düşürülmüştür.

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

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

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

Bu dönemde sivil toplum örgütlerinin ve bazı tıp mesleklerinin hukuki alt yapılarını bugünümüze taşıyan mevzuat da oluşturulmuştur:

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

1960-1980 Yılları Arası Sağlık Politikaları

1961 yılında 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun çıkarılmıştır. Sağlıkta sosyalizasyon fiilen 1963 yılında başlamış, 1983'te ülkenin tümüne yayılmıştır. Yaygın, sürekli, entegre, kademeli, il içinde bütünleşmiş bir yapı anlayışıyla sağlık evleri, sağlık ocakları, ilçe ve il hastaneleri şeklinde bir yapılanmaya gidilmiştir.

1965'te 554 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun çıkarılmış ve "pro-natalist" (nüfusu artırıcı) politikadan "anti-natalist" (nüfus artış hızını sınırlayıcı) politikaya geçilmiştir.

"Geniş bölgede tek yönlü hizmet" ilkesinin alternatifi olan "dar bölgede çok yönlü hizmet" anlayışına geçilmiştir.

1967 yılında Genel Sağlık Sigortası için bir kanun taslağı hazırlanmışsa da, Bakanlar Kuruluna sevk edilememiştir. 1969 yılında 2. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda Genel Sağlık Sigortasının kurulması tekrar öngörülmüştür. 1971'de Genel Sağlık Sigortası Kanun Taslağı, Türkiye Büyük Millet Meclisi'ne gönderilmiş fakat kanunlaşmamıştır. 1974 yılında tekrar Meclis'e sunulan taslak görüşülememiştir.

1978'de Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun çıkarılmış ve kamu personeli olan doktorların muayenehane açması yasaklanmıştır. 1980 yılında Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun ile bu kanun yürürlükten kaldırılmış ve tekrar muayenehane serbestliğı getirilmiştir.

1980-2002 Yılları Arası Sağlık Politikaları

1982 Anayasası vatandaşların sosyal güvenlik hakkına sahip olmalarının yanı sıra, bu hakkın gerçekleşmesinin devletin sorumluluğunda olduğuna yönelik hükümler içermektedir. Anayasanın 60. maddesine göre herkes sosyal güvenlik hakkına sahiptir ve Devlet bu güvenliğı sağlayacak gerekli tedbirleri alır, teşkilatı kurar demektedir. Ayrıca Anayasanın 56. maddesinde "Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermelerini düzenler. Devlet, bu görevini kamu

ve özel kesimdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir” ifadeleri yer almaktadır. Aynı maddede “Genel Sağlık Sigortası kurulabileceğine” dair bir hüküm yer almıştır.

Anayasamızda, Sosyal ve Ekonomik Haklar ve Ödevler bölüm başlıklı üçüncü bölümde, Ailenin Korunması başlığı altında, 41. madde olarak; “Aile, Türk toplumunun temelidir. Devlet, ailenin huzur ve refahı ile özellikle ananın ve çocukların korunması ve aile planlaması öğretimi ile uygulamasını sağlamak için gerekli tedbirleri alır, teşkilatı kurar” hükmü yer almaktadır.

1983 yılında çıkartılarak uygulamaya konulan 2827 sayılı aile planlaması hizmetlerine ilişkin ikinci kanun Anayasamızın söz konusu maddesine de uygun olarak, aile planlaması hizmetlerinin kapsam ve sınırlarını genişletmiştir. 2827 sayılı kanunda aile planlaması (kanunun adı gereği nüfus planlaması adı altında), “fertlerin istedikleri sayıda ve istedikleri zaman çocuk sahibi olmaları” olarak tanımlanmıştır.

Kanunun üçüncü maddesinde özetle, “...Bu maksatla Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, özel teşkilat kurmaya, gebeliği önleyici ilaç ve araçları temin veya imal etmeye veya ettirmeye, muhtaç olanlara bu ilaç ve araçları parasız veya maliyetinden ucuz fiyatla vermeye veya verdirmeye veya sattırmak için tedbir almaya yetkilidir” denilmektedir. Ayrıca kanunun 4. ve 5. maddelerinde kadında ve erkekte gönüllü cerrahi sterilizasyon ve isteğe bağlı 10 haftaya kadar gebeliklerin sonlandırılması uygulamalarına da izin verilmiştir.

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

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

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

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

1998 yılında Genel Sağlık Sigortası, “Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı Kuruluş ve İşleyiş Kanunu Tasarısı” adı altında, Bakanlar Kurulu’nca TBMM’ye sunulmuş, ancak kanunlaşmamıştır. 2000 yılında, Genel Sağlık Sigortası ile ilgili olarak, “Sağlık Sandığı” adı altında tanımlanan bir kanun 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, önemli teorik çalışmaların yapıldığı ancak bunların yeterince uygulama alanının bulunmadığı bir dönem olmuştur.

2003 Yılı Sonrası Sağlık Politikaları: Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı

3 Kasım 2002 seçimlerinin hemen ardından 16 Kasım 2002 tarihinde açıklanan 58. Hükümetin 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 eksikliğini 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 duyurulmuştur. Sağlıkta Dönüşüm Programı 8 tema etrafında dönüşmeyi hedeflemiştir:

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

2003-2008 yılları sağlıkta önemli değişikliklerin olduğu bir dönem olmuştur. 2003 yılı başında hazırlanarak kamuoyuna duyurulan program, sosyalizasyon başta olmak üzere geçmiş birikimler ve tecrübelerden, son dönemlerde yürütülen sağlık reformu çalışmalarından ve dünyadaki başarılı örneklerden faydalanılarak 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 Programı'nın 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.

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

Aşılama oranlarındaki düşüklükler yerine aşı takvimine yeni aşuların eklenmesi tartışılmış ve hayata geçirilmiştir.

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

Sağlık alanında atılan kararlı adımlar, kamu sektöründen özel sektöre, en yoksulumuzdan en zenginimize kadar vatandaşlarımızın hayatında yer bulmuştur.

2007 yılında 60. Cumhuriyet Hükümeti'nin kurulmasını müteakip Sağlıkta Dönüşüm Programına, edindiğimiz 5 yıllık tecrübe ve attığımız başarılı adımlar ışığında, 3 yeni başlık ilave edilmiştir:

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

Bölüm-2

Alma-Ata'dan Günümüze Temel Sağlık Hareketi



Bölüm 2

Alma-Ata'dan Günümüze Temel Sağlık Hareketi*

Giriş

2008 Dünya Sağlık Raporu konusu temel sağlık hizmetlerine ayrılmıştır. Alma-Ata konferansının 30. yıl dönümü münasebetiyle yine aynı şehirde, bugünkü adıyla Almaty'de Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 15-16 Ekim 2008 tarihinde bir konferans toplanmış ve raporun tanıtımı burada yapılmıştır. Toplantıda ülkemiz Bakanlığımız tarafından görevlendirilen üç üst düzey yöneticimiz tarafından temsil edilmiştir. Bu toplantıda panelist olarak kürsüyü birlikte paylaştığım Profesör Torageldy Sharmanov ile Rusya Sağlık Bakan Yardımcısı Prof. Venediktov, Alma-Ata konferansında aktif rol almış kişiler olarak, o günlere ait ilginç anılarını dinleme şansım oldu. Sharmanov 1978' de Kazakistan Sağlık Bakanı olarak toplantının organizasyonunda başrolü oynayanlardan biriydi. Ayrıca DSÖ tarafından yayınlanıp bu konferansta da katılımcılara dağıtılan "Dünya Sağlık Sisteminin Dönüm Noktası, Almaty" adlı kitabın yazarıdır. Konferans, Dünya Sağlık Raporunun tanıtımı ile birlikte ana konusu olan temel sağlık hizmetleri anlayışının doğuşu, değişimi ve bugün gelinen noktada nasıl anlaşıldığı veya nasıl anlaşılması gerektiği hususlarına odaklanmıştı.

DSÖ 2008 Sağlık Raporunun başındaki takdim yazısında Başkan Dr. Margaret Chan, günümüz dünyasındaki sağlık tablomuzu çok veciz bir şekilde özetlemektedir: "2008 yılı DSÖ'nün kuruluşunun 60. Alma-Ata bildirgesinin de 30. yıl dönümüdür. Küresel sağlık anlayışımız son 6 dekatta oldukça değişime uğramış olmak-

* Prof. Dr. Sabahattin Aydın

la birlikte, DSÖ anayasasının özünde yer alan ve aynı zamanda Alma-Ata bildirgesinde bulunan değerler test edilmiş ve doğru olduğu görülmüştür. Ancak sağlıktaki büyük küresel gelişmelere rağmen, bu değerler doğrultusundaki hedeflere ulaşmadaki üzücü kolektif başarısızlığımız aşikârdır. Kaliteli bir sağlık desteğine ulaşamadığı için doğum komplikasyonlarından muzdarip olan anneyle, temel aşılardan mahrum kalmış olan bir çocukla ve şehir varoşunda barakada yaşayan bir garibanla hala karşılaşılıyor. Trafik yoğun caddelerin kenarında yürüyenlerin güvenlikten yoksunluğu, yeterli sağlık güvencesi olmadığı için sağlık hizmetinin karşılığını doğrudan cebinden ödemekten dolayı fakir düşenler hala mevcuttur. Bunlar ve bunun gibi birçok günlük hayatın gerçekleri sağlık sistemlerimizin performansındaki önlenemez ve kabul edilemez kusurları ortaya koymaktadır⁽¹⁾.



Bu vesileyle temel sağlık hareketinin doğuşu, tarihsel gelişimi, Alma-Ata süreci ve bugüne değin yaşanan tecrübelerin ışığında temel sağlık anlayışında meydana gelen değişiklikleri ele almak istiyorum. DSÖ, 2008 Dünya Sağlık Raporunun ana temasını Alma-Ata konferansının 30.yılı dönümü münasebetiyle temel sağlığa ayırarak, bu konuya gereken önemi verdiğini göstermiş oldu. Zaten son yıllarda sağlıkta iyileşmeleri garanti altına alabilmek için sağlık sistemlerinin güçlendirilmesi hususu, DSÖ Avrupa Bölge Ofisinin gündem maddelerinin başında geliyordu. Gerek katıldığım Talinn Konferansında, gerek Tiflis Bölge toplantısında dile getirildiği ve birçok kaynakta işaret edildiği şekliyle “temel sağlık hizmetlerine yeniden müracaat” veya “yeniden canlandırma” ifadeleri ile konuya dikkat çekilmeye çalışılıyordu^(2,3,4).



Bu noktada temel sağlık hizmetleri ifadesine kısa da olsa semantik olarak değinmekte yarar var. İngilizce “primary health care” ifadesi dilimize temel sağlık hizmetleri olarak aktarılmıştır. Kelimelerin ifade ettiği mana dikkate alındığında “öncelikli, temel veya esas sağlık bakımı” diye açıklayabileceğimiz bu adlandırma, birçok yazılı kaynakta “birinci basamak sağlık hizmeti” yerine de kullanılmaktadır. Yine bazı kaynaklar temel bakım (primary care) ve temel sağlık bakımı (primary health care) ayırımına gitmektedirler. Bu derece önemli bir politikanın esasını oluşturan bir hususta ne yazık ki tam olarak kavramsal kargaşadan kurtulabilmiş değiliz. Aslında nüanslar üzerindeki tartişma ve farklı ifadeler kullanma ihtiyacı, sınırları belli bir hizmet sunum modeli ile herkese sağlık hedefine ulaşmaya odaklı topyekûn bir sistem anlayişı arasındaki ayırımı yapabilme kaygısından kaynaklanmaktadır. Herkese sağlık hedefi, herkese sağlık hizmeti ulaştırmakla mümkündür. Bunun en önemli aracı da, kişilerin en yakınına kadar ulaşabilen, yaygın, entegre birinci basamak sağlık hizmetleridir. Ancak birinci basamak sağlık hizmet ağının sistemden izole bir model olarak ele alınması, temel sağlık hedefini karşılamaya yetmeyecektir. Hatta zaman zaman bu hataya düşülmesi temel sağlık hareketinin basite indirgenmesine ve yeterli itibarı görmemesine yol açmaktadır. Bu itibarla dilimizdeki temel sağlık hizmetleri ile birinci basamak sağlık hizmetleri ayırımı konunun berraklaşmasında İngilizcedeki karşılığından daha kolaylaştırıcı olmaktadır. Ancak bu ayırımın kelimeler düzeyinde yapılmış olması, kavramsal olarak da iyi yapıldığı ve konunun yaygın olarak iyi analiz edilmesine yardımcı olduğunu söyleyemeyiz.

Dünyada Temel Sağlık Hizmetlerine Yönelik Hareketler

Geçtiğimiz yüzyıl birden fazla dünya savaşına sahne olmakla birlikte, belki de bu savaşların doğurduğu vahim durum nedeniyle, dünya yüzündeki ülkelerin bir çatı altında toplanma ve bazı temel konularda ortak hareket etme gayretlerine de tanıklık etmiştir. Birleşmiş Milletler Örgütü'nün bir kuruluşu olarak DSÖ önemli bir inisiyatif olarak harekete geçmiş olmasına rağmen, sağlık konusundaki gayretlerin ülkeler düzeyine, oradan da bireyler düzeyine yaygınlaşması yönünde çok başarılı olunamamıştır. Bu sürece baktığımızda, yurttaşların sağlığının korunduğunu ve ülkelerin sağlık hizmetlerinden memnun kaldığını söyleyemeyiz. Ekonomik sıkıntılar, savaşlar, salgın hastalıklar ve belki en önemlisi şeffaf olmayan otoriter devlet yönetimleri toplumların sağlık düzeyini yükseltmenin önünde belirgin engeller olmuştur. Eski sömürge altındaki ülkelerde zaten konunun çözüme kavuşturulduğunu düşünmek abes olurdu. Asya, Afrika ve Latin Amerika'da 1950 ve 1960' lı yıllarda ülkeler bağımsızlıklarını elde edince, buralarda sağlık hizmetlerinde de DSÖ anlayışı çerçevesinde yeni bir dönem başlamış oldu.

Henüz evrensel bir tanımı yapılmamış olmasına rağmen, "herkes için sağlık" sloganıyla özetleyebileceğimiz Temel Sağlık Hizmetleri anlayışı birçok ülkede kabul görmeye başladı. Farklı algılama düzeyleri ve ülkelerin farklı imkân ve anlayışları, doğal olarak uygulama farklılıkları ortaya çıkarsa da, zengin-fakir ayırımı yapılmaksızın bu konunun ülkelerin gündeminde önemli yer tuttuğu bir gerçektir. Başlangıçta tartışmalı ve tereddütlü de olsa, ekonomik durumu daha iyi olan ülkelerde bu anlayış geliştikçe bu ülkelerde genel pratisyenlere karşı tutum yeniden gözden geçirildi. Tasarlanan temel sağlık hizmetleri için yeni uzmanlık alanları (aile hekimliği, toplum hekimliği, genel pratisyenlik) ve genel pratisyenler için mesleki organizasyonlar ortaya çıktı.⁽⁵⁾

Batı dünyasında birçok ülke sağlık hizmetlerini yaygın ve entegre bir şekilde örgütlenme çabaları içinde olmasına rağmen, temel sağlık hizmetlerine erişimde en fazla kolaylık sağlayabilen İngiltere örneği oldu. 1946 da Milli Sağlık Sistemi (NHS) kanunu kabul edildi. Bu sistem, birçok değişiklikler ve güncellemelerle bugün hala yürürlüktedir. İngiltere Milli Sağlık Sisteminin birçok olumlu ve olumsuz yönleri ileri sürülebilirse de, önemli bir özelliğinin tedavi ile koruyuculuk arasındaki boşluğu tam olarak giderememiş olmasıdır.⁽⁵⁾

İngiltere'den farklı olarak sağlık sigortacılığı prensibine dayalı temel sağlık hizmetleri organizasyonları İsveç, Fransa ve Almanya gibi ülkelerde oluşturulmaya başlandı (1959- 1981). Yine Kanada'da, kamu sağlık sigortası güvencesiyle hizmetlerine erişim ücretsiz hale getirildi (1962-1970).

Eski SSCB' de poliklinik ve dispanser hizmetlerine dayalı bir sistem geliştirildi. Sağlık Hizmetleri Halk Komiseri N. Semashko ve Kızıl Ordu Sağlık Kurulu Başkanı Z. Soloviev 1920' de Avrupa ülkelerini gezdiler ve İngiltere ile Almanya'daki uzmanlardan edindikleri sağlık hizmetleri organizasyonuna ilişkin görüşleri ülkelere taşıdılar. Bunu takiben temel sağlık hizmetlerine yaygın erişimi hedefleyen bir yapılanma başlatıldı. (5).

Ülkemizde 12.1.1961 tarihinde 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun kabul edildi. Bu kanunun gerekçe metni, o süreçteki zincirleme etkileşmeye işaret etmektedir: "Sosyalleştirilmiş tababet en tam manasıyla, İngiltere ile Sovyet Rusya'da tatbik edilmekte olup bu memleketlerde birkaç bin nüfusa bir pratisyen tabip tahsis olunmakta; bunların tedavi edemedikleri vakalarda hastanelere gönderilmektedir. Tabipler kendi listelerine giren nüfus arasından hastalananlara, para almaksızın bakmaya mecburdurlar" (6).

Aslında BM Genel Kurulu tarafından DSÖ şartının ilan edildiği yılla eş zamanlı olarak Türkiye de de sağlık hizmetlerinin entegrasyonu ve yaygınlaştırılması çalışmalarının başladığını biliyoruz. Dönemin Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz tarafından hazırlanan Milli Sağlık Planı bu amaca yönelik önemli bir adımı oluşturmuştur. Her ne kadar bu plan yasal anlamda yürürlüğe konmasa da, sağlık merkezleri ile hizmetlerin yaygınlaştırılması yönünde seferberlik başlatılmıştır. Planda hakaniyeti temin etmek amacıyla kendi içinde yeterli sağlık bölgeleri oluşturulması hedeflenmiştir. Bu dönemde başlatılan çalışmaların bir anlamda sosyalizasyona zemin hazırladığını söylemek çok iddialı olmayacaktır (7).

Dünya Sağlık Örgütü ve Temel Sağlık Anlayışının Gelişimi

II. Dünya Savaşından sonra Birleşmiş Milletler çatısı altında sağlıkla ilgili yeni bir oluşum kurulması fikri doğdu. 1946 da 51 ülkenin katılımıyla Newyork'da toplanan uluslararası konferansta DSÖ şartı ilan edildi. Bu şartla tarihte ilk defa uluslararası bir dokümanda ırk, din, politik görüş, ekonomik ve sosyal statü gözetmeksizin, sağlık insan haklarından biri olarak ifade ediliyordu. DSÖ şartı hükümetleri yurttaşlarının sağlığından sorumlu tutuyor ve bu sorumluluk, sosyal sektörler ve sağlık sektöründe düzenlemeler yapılmasını gerektiriyordu. Bu şart 2 yıl sonra, 26 ülkenin onayını takiben 7 Nisan 1948 de yürürlüğe kondu. DSÖ'nün doğum tarihi olan bu gün, Dünya Sağlık Günü olarak kutlanmaktadır.

Aynı yıl, Birleşmiş Milletler Genel Kurulu, Uluslararası İnsan Hakları Beyannameğini kabul etti. Bu beyanname, vatandaşları başlarındaki hâkim güçlerden, diktatörlerden ve hükümetlerden korumayı amaçlıyordu. Hâkim güçlere yurttaşların haklarını korumak üzere neler yapmaları ya da yapmamaları gerektiğini ha-

tırlatan bir uyarıcı gibiydi. Aslında bu bildirgedeki temel insan hakkı ile Alma-Ata bildirgesinin ortaya koyduğu temel sağlık hakkı anlayışı arasındaki ana fark, ikincisinde devletlerin sadece uyarılmayıp, şu ya da bu şekilde bu hakkı garanti altına almaya zorlanmasıdır. Yani bir anlamda merkeze sağlığı oturttuğumuzda, hak düşüncesi, hak kavramı, Alma-Ata'da sorumluluk anlayışı ile birleştirilmiş, yönetimlerin görevi haline gelmiştir.

DSÖ tarihine temel sağlık hizmetleri için dönüm noktasını, Yönetim Kurulu tarafından bu amaçla oluşturulan özel bir çalışma grubunun çalışmaları oluşturmuştur. Çalışmalarını 1971-1973 yıllarında tamamlayan grubun raporu ilk kez temel sağlık hizmetlerinin metodolojik tanımını yapıyordu. Bu raporda yer alan tanıma göre temel sağlık hizmetleri, toplumun sağlık yardımını ilk talep ettiği zaman karşılaştığı genel sağlık hizmetleridir; sağlık hizmetini talep edenlerin sağlık sistemi ile ilk temas alanıdır. Temel sağlık hizmetleri hasta bireylerin olduğu kadar, sağlıklı toplumun da hizmeti ile görevlidir (5)

Bu çalışmaları takiben 1974'te DSÖ tarafından temel sağlık hizmetleri programları geliştirilmeye başlandı. Ne var ki, LV. Yönetim Kurulu oturumuna sunulan raporda detayları yer alan bu programların esası gelişmekte olan fakir ülkelerin desteklenmesiyle ilgiliydi. Programda doktor ve hemşirelerin rolü, hastanelerin yeri ve sağlık personelinin eğitimi ile ilgili kayda değer bir şey yoktu. Programın ana fikri daha çok topluma yerel şifacılar eliyle temel sağlık hizmetleri sunmaktı.

Bu programlardaki anlayışa paralel DSÖ'nün yayımladığı Sağlık için Çalışanlar (People for Health) adlı kitapta "temel sağlık çalışanları" tanımını altında, 3-4 ay kurs görmüş yerel şifacılar ve gönüllü sağlıkçılar doktora eşdeğer gibi anlatılıyor, geleneksel ebeler, şifacılar ve geleneksel tıp abartılı bir şekilde sunuluyordu.

Gelişmiş ülkelerin temsilcileri bu tür hizmetlerin gelişmekte olan ülkeler için gerekli olduğunu ileri sürüyordu. Ancak, temel sağlık hizmetleri konsepti oluşturma çabaları ve özellikle Alma-Ata konferansı hazırlık çalışmalarını sırasında gelişmiş ülkelerin de problemlerini tam olarak çözemediği görülmüş oldu.

DSÖ Yönetim Kurulununun 1975 yılındaki LV. toplantısında, temel sağlık hizmetlerinin sosyal ve ekonomik gelişmeyle yakın ilişkili olarak ulusal sağlık sisteminin bir parçası olarak kabul edilmesi gerektiği görüşü dile getirildi. Temel sağlık hizmetleri ancak bir doktor, bir hemşire ve farklı alanlarda yetişmiş diğer personelden oluşan takımlar eliyle yürütülmesi halinde başarılı olabilirdi. Böylece Yönetim Kurulu tarihi karar tasarısını kabul etti: "Toplum düzeyinde temel sağlık hizmetlerine, kapsamlı tıbbi hizmet sisteminin bir parçası olarak birincil önem verilmelidir. Bu sistem, her ülkede bütün nüfusu kapsayan koruma, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinden oluşmaktadır."

Dünya Sağlık Assamblesinin aynı yıl Mayıs ayındaki XXVIII. oturumunda temel sağlık hizmetleri anlayışı destek buldu. Kabul edilen karar tasarısında, temel sağlık hizmetlerinin ülkelerin ulusal sağlık sistemlerinin tamamlayıcı bir parçası olmasına işaret ediliyor ve toplumun diğer sektörleriyle tamamen entegre olması gerektiği belirtiliyordu. En kısa zamanda DSÖ liderliğinde uluslararası bir konferans düzenlenmesi kararı alındı. Bu konferansta ülkelerin ulusal sağlık sistemlerinin birer parçası olarak temel sağlık hizmetlerine ilişkin tecrübelerinin paylaşılması amaçlanıyordu. XXIX. ve XXX. oturumlarda da Alma-Ata konferansına hazırlık üzere dünyanın çeşitli bölgelerinde toplantı ve konferanslar düzenlenmesi önerildi.

DSÖ Doğu Akdeniz Bölge toplantısı 1976 Kasım'ında Tahran'da yapıldı. 1977 Ekim'inde DSÖ, UNICEF, UNDP ve Dünya Halk Sağlığı Federasyonu ortak toplantısı gerçekleşti. Yine Ocak 1978 de bölgesel seminer düzenlendi. DSÖ Afrika Bölge Ofisi çeşitli üye ülkelerde bir dizi seminer ve konferanslar düzenledi. 1977 Mayıs ayında Avrupa Bölgesi Program Komitesi toplantısında Alma-Ata Konferansı'nın taslak dokümanları elden geçirildi. 1977 Eylül ayında Pan-Amerikan Sağlık Örgütünün teklifiyle Afrika Sağlık Bakanları toplantısı yapılarak kıtanın Alma-Ata Konferansına yönelik tutumu ele alındı. DSÖ Güney Asya Bölge Ofisi üye ülkelerde gerçekleştirdiği bir dizi çalıştayları takiben, 1977 Kasım ayında UNICEF le ortak toplantı yaparak temel sağlık hizmetleri konusunda üye ülkelerin karşılıklı görüş alışverişini sağladı.

1977 yılı, birçok ülkenin bu konuyla ilişkili ulusal düzeyde çok sayıda toplantılar gerçekleştirdiği bir yıl oldu. Bazı ülkeler özellikle personel eğitimine odaklanan temel sağlık hizmetleri programları uygulamaya başladılar.

Gelişmiş ülkelerde temel sağlık hizmetleri problemlerini tartışmak üzere Aralık 1977' de Newyork'ta uluslararası bir konferans düzenlendi. Bu konferansta problemlerin sadece gelişmekte olan ülkelerin değil, sanayileşmiş ülkelerin de sorunu olduğu dile getirildi. Dünya Halk Sağlığı Derneği, Kanada Halk Sağlığı Derneği ile birlikte Kanada'da 1978 Mayıs ayında bir kongre gerçekleştirildi. Kongrede temel sağlık hizmetleri programlarının uygulanmasında sivil toplum örgütlerinin rolü ve katılımlarının sağlanması konusunda dokümanlar hazırlandı.

Dünya Sağlık Asamblesi XXXI. Oturumunda DSÖ ve UNICEF ortak temel sağlık hizmetleri raporunu onayladı. Bu rapor, temel sağlık hizmetleri anlayışı ve pratiğe geçirilmesi konusunda Alma-Ata konferansının hazırlığını oluşturuyordu.

Alma-Ata Konferansı ve Temel Sağlık Hizmetleri Anlayışı

Alma-Ata Konferansı 10 -12 Eylül 1978 tarihinde Kazakistan'ın o zamanki başkenti olan Alma-Ata şehrinde, Cumhuriyet Sarayında gerçekleşti. Alma-Ata Konferansına 70 ülke sağlık, 40 ülke ise maliye, eğitim ya da tarım bakanları ile katılmıştır (8). Toplantıda Türkiye'yi zamanın Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanı başkanlığında bir heyet temsil etmiştir. Konferansın ana teması "2000 yılında Herkese Sağlık" idi. Konferans sonunda dünyada sağlık örgütlenmelerinin ülke bütünlüğü içinde entegre sistemler olarak ele alınmasına ışık tutan ve temel sağlık hizmetlerini ulusal sağlık sistemlerinin ana parçası olarak gören bildirge yayımlandı. Alma-Ata bildirgesindeki verilen tanıma göre: "temel sağlık hizmeti, bilimsel ve uygulama olarak sağlam temelli, toplumsal olarak kabul edilebilir yöntem ve teknolojilere sahip, toplumdaki birey ve ailelerin katılımıyla evrensel olarak ulaşılabılır herkese gerekli olan hizmetlerdir; bir ülkenin sağlık sisteminin olduğu kadar sosyal ve ekonomik gelişmesinin de entegre bir parçasıdır"(8).



Alma-Ata mesajının sanıldığı kadar üzerinde kolay uzlaşıldığı sanılmasın. Lancet, Nature, Observer, Le gibi Avrupa dergilerinin yanında birçok Amerikan dergisinde aleyhte yazılar yayınlandı. Örneğin 1979 yılında Lancet dergisinde çıkan R. Passimore imzalı bir yazıda, birçok insanın, temel sağlık konseptinin 2000 yılına kadar herkesi kabul edilebilir bir sağlık düzeyine eriştireceği iddiasının bir ütopya-

dan ibaret olduğuna inandığı söyleniyordu. Ona göre bu kabul, iyi bildiğimiz insan tabiatıyla ve insanın biyolojik rolü ile çelişiyordu. Bu yüzden de, Alma-Ata Konferansı insanların önüne şüpheli ve boş ümitler koyuyordu. DSÖ'nün bütün bunlara alet olması üzücüydü. Diğer taraftan Nature dergisinde A. Agarval, bu uluslar arası kararlarla DSÖ'nün bir çıkmaza girdiğini iddia ediyordu. Yine Lancet'deki bir yorumda, sağlığı büyük bir insan hakkı olarak ilan etmenin akıl dışı olduğu ileri sürülüyordu. İnsanlık herkese sağlık temin edebilecek bir güce sahip değildi. Zaten birçok mutsuz insan mevcutken, niye biz gerçekçi olmayan ümitlerle bu mutsuz insanların sayısını artırıyoruz? Her yurttanın optimal sağlık seviyesine ulaşması nihai bir hedefti fakat bu, devletin garanti etmesi gereken bir hak değildi (5).

DSÖ Başkanı H. Mahler'in, akademik alandaki bu tartışmaların gölgesinde, XXXII. Dünya Sağlık Assamblesinde sunduğu nihai raporu çok iddialı sözler içeriyordu: "Alma-Ata Bildirgesi, yirminci yüzyılın Büyük Sağlık Şartı olarak adlandırılıyor. Bu şart, 2000 yılında herkese sağlık hedefini garantileyecek olan uluslar arası hareketin başlangıcıdır. Alma-Ata Bildirgesi sadece yeni bir Mesih rüyası çizmiyor, bu rüyanın nasıl gerçekleşeceğine dair net yollar gösteriyor." (5).

Aslında "herkese sağlık" hedefi de "temel sağlık" konsepti gibi netleştirilmeye muhtaçtır. Zira tanımların net anlaşılabilmesi tartışmalara ve kamplaşmalara yol açıyor ve sonuçta fikrin kendisine karşı çıkmaya kadar gidebiliyor. Sharmanov'un ifadeleriyle, eğer temel düşünceden, bazılarının düşündüğü gibi 20 yıl içinde dünyadaki bütün insanların eşit sağlık düzeyine ulaşması anlaşılıyor, artık hiç kongenital anomalili doğumların olmayacağı, hasta kimsenin kalmayacağı, travma ve yaralanmaların olmayacağı kabul ediliyorsa, bu tabii ki insan tabiatıyla bağdaşmayan fanteziden ibarettir. Bu yüzden orijinal ifadenin tartışılır olması makul görülebilir. Maksadın, 2000 yılına kadar hizmetleri eşit dağıtarak insanları kabul edilebilir bir sağlık düzeyine ulaştırmak olduğunu biliyoruz. Belki, yüzyılın sonunda hizmeti sunanlar ve alanlar tarafından kabul edilebilir en azından asgari düzeyde sağlık ve sağlık hizmet sunulacağı ifade edilebilirdi (5). Ancak yine de hizmetin yaygınlaştırılması fırsat ve risklerin de aynı oranda hakkaniyetli paylaşılacağı anlamına gelmeyecektir. Bu yüzden her ülkenin bu yaklaşımı kendi imkân ve şartları içinde ele alarak yorumlaması önerilmektedir.

Alma-Ata Konferansı, bütün ülkelerde hiç bir surette kabul edilemez olan sağlık eşitsizlikleri ile politik, sosyal ve ekonomik olarak mücadele etmek üzere çeşitli meslek grupları, kuruluşlar, hükümetler, sivil toplum örgütleri ve araştırmacılar nezdinde "Temel Sağlık Hareketini" başlatmıştır. Ana felsefe "herkese sağlık" ilkesi etrafında oluşmuştur. Alma-Ata Bildirgesinin ortaya koyduğu değerler netti: herkesin daha iyi sağlık düzeyine kavuşma hakkı, sosyal adalet, katılımcılık ve dayanışma. Bu değerler doğrultusunda yol alabilmek için sağlık sistemleri-

nin işleyiş tarzını ve diğer sektörlerin sağlığa olumsuz etkili potansiyellerini değiştirici kökten değişiklikler gerekiyordu. Ortaya çıkan bu kökten değişiklik talebini reformlara dönüştürmek kolay değildi. Temel sağlık hareketi ile sağlık bakanları, politik önderler, yerel yönetim örgütleri, profesyonel organizasyonlar ve sivil toplum örgütleri sağlıkta hakkaniyet konusunu ön planda tutan bir konum almışlardır. Ancak bu, her zaman amaca yönelik somut eylemlere dönüşme fırsatı elde etmeye yetmedi. Bu ifadem, temel sağlık hizmetleri alanında eyleme geçilmediği anlamına alınmamalıdır; kast ettiğim organizasyonel değişiklik anlamında, sağlık sistemi reformu anlamında üzerinde uzlaşılan evrensel bir reform, bir dönüşüm modelinin ortaya konamamış olmasıdır. Kanaatimce temel sağlık, bir “hizmet bütünlüğü”, bir “sistem” olarak ele alınamamış, bir “hareket” olarak devam etmiştir. Temel sağlık hizmetlerinden çok temel sağlık hareketinin varlığından söz etmenin daha doğru olacağı kanısındayım. Belki de, temel sağlık hizmetlerinin çoğu kez birinci basamak sağlık hizmetleri ile karıştırılmasını bu şekilde açıklamak mümkün olabilir.

Sorunun temel sağlık hareketinin, sağlık sistemini değiştiren somut eyleme dönüşürken nasıl anlaşıldığı veya nasıl anlaşılması gerektiği ile ilgili olduğunu düşünüyorum. DSÖ Direktörü Dr. Margaret Chan'ın The Lancet'te yayımlanan bir yazısında şu dikkat çekici ifadeler yer alıyor: “Temel sağlık hizmetleri yaklaşımı hemen daha başında yanlış anlaşıldı. Tıbbi kurguya radikal bir saldırıydı. Bir ütopya idi. Büyük oranda birinci basamak sağlık hizmetlerine odaklanmakla karıştırıldı. Bazı toplumsal gelişim önderlerine göre ucuz bir yöntemdi: fakir insanlar için basit hizmetler, gelişmekte olan ülkeler için ikinci dereceden bir çözümdü. (9). Chan bu görüşünü, DSÖ Avrupa Bölge Ofisinin “Sağlık Sistemlerinin Güçlendirilmesi” konulu, benim de panelistler arasında bulunduğum Talinn Bakanlar Konferansında da dile getirmişti. Kendisi ile bu görüşü üzerinde görüşme fırsatım oldu ve özellikle bu eleştirel yaklaşımındaki cesareti ve tutumu için tebrik ettim.

Ülkemizde Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında, birinci basamak sağlık hizmetlerini aile hekimliği etrafında güçlendirmenin teorik çalışmalarını yürüttüğümüz günlerde DSÖ uzmanlarından Joe Kutzin ve Profesör Rıfat Atun'la konuyu etraflıca tartışma fırsatı yakalamıştım. Temel sağlık hizmetlerini hedef alan somut bir sistem reformunun, yani eylem olarak temel sağlık hizmetleri tanımının net yapılamadığını, DSÖ kaynaklarının bu konuda net olmadığını belirttiğimde, her ikisi de ortak görüşleri olarak, Alma-Ata bildirgesinde “politika esaslı” (policy based) bir tanım yapıldığını, ihtiyaç duyulanın “kanıta dayalı” (evidence based) bir tanım olduğunu, DSÖ'nün de bu konu üzerinde çalıştığını söylemişlerdi. Gerçekten de DSÖ destekli birçok kaynakta Temel Sağlık Hareketi için, toplumların sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını karşılamaya ve bunların beklentilerine yönelik akılcı, kanıta dayalı ve öngörülü eylemler tanımlanmaya çalışılmaktadır (10,11,12,13).

Bu husustaki ilgim ve DSÖ nezdindeki sorularımdan haberdar olan Richard Saltman, editörü olduğu “Şoför Koltuğundaki Temel Sağlık Hizmetleri: Temel Sağlık İçin Avrupa’da Örgütsel Reformlar” adlı kitabını imzalayarak hediye etme nezaketi göstermişti (11).

Son zamanlarda bazı temel sağlık odaklı yaklaşımlar bu hareketi, hakkaniyet ve dayanışmayı maksimize ederek ve “insanların ihtiyaçlarını karşılayabilir olmanın” rehberliğinde “ulaşılabilir en iyi sağlık düzeyine erişme hakkı” olarak tanımlamaktadır (10). Bu yaklaşım da ne yazık ki, politika temelli bir yaklaşım olmanın ileri gidemiyor. Uygulayıcıların elini güçlendiren ilkelere işaret etmekle birlikte, sistemin dönüşüm aracını göstermekten uzak kalmaktadır. Sharmanov’un bu hususta daha somut bir yaklaşım sergilediğini düşünüyorum. Ona göre, günümüzde temel sağlık hizmetleri, öncelikli bir düzeyde veya bir basamakta basit bir katkı tarzında değil, bütünüyle sağlık sistemini kuşatma prensibini gerçekleştirecek tarzda karmaşık katkı sağlayarak, sağlık sisteminin bütününe gerekli olan temel desteğin verilmesi olarak tanımlanmalıdır (5).

Herkese sağlık ilkesini gerçekleştirecek temel sağlık değerleri, “insanları sağlık hizmetinin merkezine koyan” sağlık sistemlerine ihtiyaç duymaktadır (14). İnsanların bireyler olarak arzu ettikleri hayat tarzı ve toplumları için ne talep ettikleri, sağlık sisteminin şekillendirilmesinde ve sağlık sektörünün yönlendirilmesinde önemli bir parametre olarak yer almaktadır. Sistem tasarımı ve hizmet örgütlenmesi üzerinde çalışırken, vatandaşların sağlık durumları ve sağlık hizmetine ilişkin beklentilerinin karşılanmasında onların seslerinin duyulması ve tercihlerinin sağlık hizmetlerinin tasarım ve sunum tarzında etkili olmasını sağlayacak önlemler almak gerekir (15). Böylece herkesin katılımını sağlayan bir sağlık hareketine ulaşılmış olur. Temel sağlık hizmetlerinin ana felsefesinin “herkes için sağlık” olduğunu hatırlarsak, bunu “herkes tarafından herkese sağlık” şekline dönüştürme oranında başarılı olabiliriz. Nitekim Alma-Ata’nın 20. Yılı münasebetiyle 1998 de DSÖ tarafından yayımlanan basın bildirisi, “Temel sağlık hizmetleri 21. yüzyılda herkesin görevidir” şeklinde çok anlamlı bir başlık taşıyordu (16).

Gelenekselleşmiş Sağlık Hizmeti Tarzı

Alma-Ata’da ortaya konan değerler, herkes için sağlık anlayışı, bütün sektörlerin sağlık önceliğine yöneltilmesi ve bunu yönlendirecek olan temel sağlık hareketi, sağlık sistemlerini etkili bir şekilde yönlendirmede yeterli olmadı. Toplumların artan beklenti düzeyleri de buna beklenen katkıyı sağlayamadı. Hatta bazen beklentilerin yanlış yönetilmesi daha istenmedik dönüşümlere yol açtı. Bu şe-

kilde ortaya çıkan sağlık sistemleri, gelenekselleşmiş bir hizmet sunum modelinin ortaya çıkması sonucunu doğurdu, ya da daha doğrusu, bu modelin devamlılığını sağladı. Geleneksel sağlık hizmetlerinin, farklı mekanizmalarla ve farklı nedenlerle, harcanan enerji ve kaynaklara oranla beklenenden daha az etkili olmasının yanında, birçok yaygın kusurları, terslikleri ve çelişkileri birlikte getirdiği bilinmektedir. Bu durum da Dünya Sağlık Raporunda etraflıca ele alınmıştır (17).

Geleneksel sağlık hizmet sunumunda 5 temel kusurdan söz edilmektedir.

1-Tersine hizmet (inverse care):

Sağlık hizmetine muhtemelen en az ihtiyaç duyan insanlar bu hizmet açısından en fazla yararlanmaktadır. Diğer taraftan imkânları en az olan ve çok fazla sağlık problemleri olan insanlar, sağlık hizmetlerinden en az yararlanabilmektedir (18). Sağlık hizmetlerinde kamu harcamalarının toplamda fakirlerden çok zenginlere verilen hizmetlerde harcandığı görülmüştür. Bu durum yüksek ve düşük gelir grubundaki ülkelerde de aynıdır (19, 20, 21).

2-Fakirleştiren hizmet (impoverishing care):

Nerede sosyal güvenlik yok ve sağlık hizmetleri büyük oranda cepten karşılanıyorsa, hastaların aşırı finans yükü altında ezilip fakir düşmeleri kaçınılmaz olmaktadır. Dünyada yılda 100 milyondan fazla insan sağlık harcamalarını karşılamak için fakir düşmektedir.

3-Parçalı ve parçalayan hizmet (fragmented and fragmenting care):

Sağlık hizmetlerinde aşırı branşlaşma ve birçok hastalık kontrol programlarının dar açılı bakışı, bireylere ve ailelere bütüncül (holistik) yaklaşabilmeyi ve sağlık bakımındaki sürekliliği zorlaştırmaktadır. Fakirler ve marjinal gruplar için verilen sağlık hizmetleri genellikle büyük oranda parçalıdır ve çok sınırlı kaynakla yapılmaktadır. Bu tür hizmetler için sağlanan yardımlar parçalılığı daha da artırmaktadır (22, 23, 24).

4-Güvensiz hizmet (unsafe care):

Güvenlik ve hijyen standartlarını güvence altına alamayan, kötü tasarlanmış ya da kötü uygulanan sistemler, yüksek oranlarda hastane enfeksiyonları ve tıbbi uygulama hataları ile çok sayıda önlenemez yan etkiler ortaya çıkarmakta ve hatta birçok hastalık ve ölümün göz ardı edilen nedenleri arasında yer almaktadır (25).

5-Yanlış yönlü hizmet (misdirected care):

Kendi haline bırakıldığında sistemler en hızlı elde edeceği sonuca yönelme eğilimindedir. Kaynak transferleri büyük miktarlarda tedavi edici hizmet alanlarına kaymaktadır. Birincil önleme ve sağlık promosyonunun hastalık yükünün % 70 lere kadar azaltabilme potansiyeli ne yazık ki, ihmal edilmektedir (26, 27). Aynı zamanda, diğer sektörlerin sağlık üzerine olumsuz yan etkilerini hafifletici yönde ve bu sektörlerin faaliyetlerini sağlığa katkı yönüne sevk etmede sağlık sektörünün liderliği ve uzmanlığı yetersiz kalmaktadır (28).

Değişen Dünyanın Fırsat ve Tehditleri

Bugün dünyamız 30 yıl öncesine göre oldukça farklıdır. İnsanlar artık 30 yıl öncekinden daha uzun yaşamaktadır. Çocuklarımızı 1978 verileri oranında yitirseydik, 2006' da dünyada 16,2 milyon çocuk ölecekti. Hâlbuki sadece 9,5 milyon ölüm oldu (29). Bu aradaki 6,7 milyonluk fark, her gün 18.329 çocuğun kurtulduğu anlamına gelmektedir.

Bir zamanların devrim niteliğindeki temel ilaç listesi anlayışı, şimdi ilaçlara yaygın erişim imkânı içinde kayboldu, unutuldu. Suya, sanitasyon, doğum öncesi bakıma erişim konusunda büyük ilerlemeler oldu. Hiçbir dönemde sağlık için bugün olduğu kadar büyük kaynak ayrılmamıştı. 2000-2005 dönemindeki 5 yılda dünyada sağlığa yapılan harcamalar enflasyondan arındırılmış haliyle % 35 artmıştır. Sağlık bilgisi ve sağlık anlayışında büyük değişmeler oldu. Hızlanmış teknolojik gelişmeler, iyi eğitimli ve modernleşmiş küresel toplumda sağlığın gelişmesine, sağlık okuryazarlığının artmasına büyük ivme kazandırdı. Genellikle tehlikelerin, tehditlerin veya fırsatların paylaşımına dayalı ülkeler arası yoğun tecrübe paylaşımından, gittikçe artan dayanışma anlayışına doğru gidilmekte ve Bin Yılın Gelişim Hedefleri (MDG) içinde yer alan, fakirliğin ortadan kaldırılması yönündeki kararlı tutumun etkisiyle küresel bir önderlik (vekilharçlık) ortaya çıkmaktadır. (17)

Bardağın hem dolu, hem de boş tarafını görebilirse yargılarımız daha sağlıklı olacaktır. Belirlenen hedeflere ulaşmak sorumluluğu, sağlık sistemlerini sadece mevcut duruma hâkim olma değil, değişen dünyanın tehditlerine karşı koyabilme ve daha iyi performans gerektiren artmış beklentileri karşılama görevi ile karşı karşıya bırakılmaktadır. Bunun öngörülememesi, ya da bu durumlara göre esneyebilen, yenilenebilen sistemlerin kurulamaması başarısızlıklarda önemli yer tutmaktadır. Alma-Ata'da başlayan temel sağlık hareketinin bugün beklenen düzeyde sonuçlara bizi ulaştırmamış olmasının mazeretini ortaya koymaya çalışırken Dr. Chan, "1978 in düşünürleri bugünün dünyasındaki olayları öngöremezdi" di-

yor. Bu süreçte petrol krizlerinin, küresel ekonomik krizlerin, kalkınma bankaları tarafından ülkelere önerilen ve kaynakları sosyal hizmetlerden ve bu arada sağlık alanından uzaklaştıran yapısal değişim programlarının sonuçlarına işaret ediyor (9).



Toplum sağlığını tehdit eden ve sağlık politika yapımcılarının göz ardı etmemesi gereken önemli gelişmeleri fark etmemiz gerekir. Dünya Sağlık Raporu bunları sırasıyla göz önüne sermektedir:

1-Son 20-30 yılda sağlıktaki gelişmeler eşitsizliği daha da artırmıştır; dünyanın önemli bir kısmında sağlık imkânları çok iyi düzeylere çıkarken, aksine birçok ülke daha fazla mevzi kaybetmiştir. Bu durum bir yandan kaynaklara ve gelişmelere ulaşma eşitsizliğinden doğarken, diğer yandan daha iyi dokümantasyonla daha fazla belirgin hale gelmiştir. Otuz yıl öncesinde olmadığı kadar fazla dokümantasyon ve fazla iletişim imkânının mevcut olması, ülkeler arasında ve ülkelerin kendi içlerindeki eşitsizlikleri daha görünür kılmaktadır.

2- Sağlık problemlerinin tabiatı zamanla önemli bir değişime uğramaktadır. Nüfusun yaşlanması ve sağlıksız şehirleşme ile küreselleşme dünya çapında bulaşıcı hastalıkların yayılımını hızlandırmakta ve bulaşıcı olmayan kronik hastalık yükünü artırmaktadır. Hastaların birden fazla hastalık ve karmaşık semptomlarla başvuruyor olması, entegre ve kapsayıcı sağlık hizmetinin sunumunu tehdit et-

mektedir. Belli disiplinler doğrultusunda eğitim almış sağlık personelinin sorun karşısında yetersiz kalmasına yol açabilmektedir. Çalışma şartlarının değişmesi, gelir ve nüfus artış değişiklikleri, iklim değişikliği, gıda güvenliğindeki değişimler ve sosyal gerginlikler önümüzdeki yıllarda sağlık konusunda atılacak adımların önünde duran belirleyicileridir.

3-Sağlık sistemleri bugünün küreselleşen dünyasının önemli özelliği olan hızlı bir dönüşüm ve değişim sürecinden bağımsız kalamamaktadır. Ekonomik ve politik krizler, devletleri ve devletlerin erişim, hizmet sunumu ve finansmanı garanti altına alacak kurumsal rollerini riske etmektedir. Kontrolsüz ticarileşme, kamu ve özel aktörlerin arasındaki sınırı gittikçe bulanıklaştırmakta, yetkiler ve hakların teslimi gittikçe daha fazla politikayla ilişkilendirilmektedir. Bilgi çağı, vatandaşlar, meslek erbabı ve politikacılar arasındaki ilişki tarzını değiştirmiştir. Sağlık sektörünün kapsamı ve çerçevesi alışılmış sınırlı sektör tanımının ötesine geçmiş durumdadır; özellikle insan kaynağı ve meslekler arası ilişkiler açısından son derece karmaşık bir hal almıştır. Toplum sağlığı, sağlık hizmeti sunumu, finansman, altyapı veya bilgi sistemleri için var olan insan kaynağı problemleri, sağlık sektöründen sınırların ötesine geçmiş ve uluslar arası sorun olarak tartışılmaya başlanmıştır.

Bugün sağlık sistemleri, kendi halinde ekonomik ve sosyal dinamiklere bırakıldığında ya da piyasada geçerli araçlara terk edildiğinde, doğal seyriyle Alma-Ata deklarasyonunda belirtildiği şekilde temel sağlık anlayışı üzerinden herkese sağlık hedefi doğrultusuna yönelmediği açıktır. Sağlık sistemleri kendi seyrine bırakıldığında, hakkaniyet ve sosyal adaleti çok az gözetebilmekte ve harcanan paraya kıyasla en iyi sonucu elde etmede başarısız olmaktadır (17).

Bu yüzden ki, sağlık alanını piyasa dinamiklerine teslim etmeyip kontrollü ya da denetimli rekabetten ve planlamadan söz edilebilmektedir (30).

Sağlıkta Farkındalık ve Artan Toplumsal Destek

Sağlık sektörünün ekonomik ağırlığı, sosyal ve politik önemi gittikçe daha fazla fark edilmektedir. İngiltere’de Blair, Amerika’da Clinton’un seçim beyannamelelerinde sağlık reformu vaatlerinin ne denli yer tuttuğunu biliyoruz. Hatta son ABD seçimlerinde Obama’nın sağlıkla ilgili politika öncelikleri önemli tartışma konuları arasında yer almıştır. Kısacası artık sağlık, politikacılar arasında da gittikçe dikkat çeken bir alan olmaktadır. Amerika’da son zamanlardaki her bir seçim kampanyasında sağlık bakımı konularının ortalama 28 defadan fazla ifade edildiği hesaplanmıştır (31). Ülkemizde Sağlıkta Dönüşüm Programı ekserinde uygulanan sağlık politikasının 22 Temmuz 2007 seçimlerinde önemli etki-

si olduğuna ilişkin kamuoyunda yaygın kanaat oluşmuştur (32) Aslında bu sağlık lehine, sağlık sektörü lehine, sağlık sistemi lehine ve nihayet hizmetten yararlanan vatandaşlar lehine, kısacası toplum lehine sevindirici bir durumdur. Toplumda yükselen beklenti, toplum önderlerini bu beklentiye öncelik vermeye itmektedir. Aslında beklenen de budur. Sadece sağlık profesyonellerince yürütülmeye çalışılan tek boyutlu sağlık programlarının, tek düzeyde, tek basamakta toplanmış hizmetlerin temel sağlık hizmetlerine yeterince hizmet edemediği açıktır. Sharmanov'un günümüzdeki temel sağlık hizmetleri anlayışını, özetle sağlık sisteminin bütününe gerekli olan temel desteğin verilmesi şeklinde ifade ettiğini hatırlarsak, ortaya çıkan yeni durumun ne kadar ümit verici olduğunu daha iyi fark ederiz (5).

Toplumlar modernleştikçe insanlar sağlık sistemlerinden kendileri için, aileleri için ve hatta içinde yaşadıkları toplum için daha fazla şey talep etmektedirler. Böylece daha hakkaniyetli ve ayrımcılığın ortadan kaldırıldığı bir sağlık hizmetine gittikçe daha fazla toplumsal destek oluşmaktadır. İnsanların ihtiyaçları ve beklentilerine odaklanmış sağlık hizmetlerine, içinde yaşadıkları toplumların sağlık güvenliğine ve kendileri ve toplumlarının sağlığını etkileyebilecek iç ve dış faktörlere karşı daha fazla ilgi ve destek oluşmaktadır (33).

Temel Sağlık Hizmetleri Anlayışındaki Değişmeler

Aslında Alma-Ata öncesinden başlayan anlayışı gözler önüne sermeye ve uluslararası serüveni anlatmaya çalışırken temel sağlık hizmetleri anlayış değişikliklerini de ifade etmiş olduğumu sanıyorum. Özellikle temel sağlık hizmetlerinin fakir ve gelişmiş ülkeler nezdinde farklı algılanışına dikkat çekmiştim. Birçok olumlu ve olumsuz gelişmeleri bir arada değerlendirdiğimizde, bugün yapılanan sağlık sistemlerinin arka planlarında temel sağlık hareketinin etkisinin yeterli olduğunu söyleyebilmek kolay değil. Bunda değişen şartlara uyum sorunu yanında temel sağlık hareketinin farklı anlayışlarla ele alınmasının da rolü olduğunu söyleyebiliriz. Sanki tek ölçünün, tek programın bütün talepleri karşılayabileceği, tek basamaktaki hizmetlere odaklanarak problemlerin halledilebileceği iddialarıyla, temel sağlık hareketinin mesajı basitleştirilmiş oldu. Böylece farklı problemlere ve farklı anlayışlara uyum zorlaştı (34). Dünya Sağlık Raporu bu duruma işaret ederek şu yargıyı dile getirmektedir. Rapora göre, sonuçta, ulusal ve küresel sağlık otoriteleri zaman zaman temel sağlık hizmetlerini bir reformlar paketi olarak değil, bunun yerine birçok alternatifi arasından fakir insanlara zayıf hizmet sunan tek sağlık hizmet sunum programı olarak görme eğiliminde oldu (17).

| Başlangıçta hâkim olan temel sağlık anlayışı | Günümüzde temel sağlık yaklaşım |
|--|--|
| Kırsal kesimde yaşayan yoksulların temel sağlık hizmetleri paketlerine ve temel ilaçlara daha kolay erişebilmesi | Evrensel ulaşım (universal access) ve sosyal sağlık güvencesine ulaşma amacıyla mevcut sağlık sistemlerinin yeniden düzenlenmesi ve dönüşümü |
| Anne ve çocuk sağlığına özel önem verilmesi | Toplumda bulunan herkesin sağlığı ile ilgilenme |
| Bilhassa akut ve bulaşıcı olmak üzere az sayıda seçilmiş hastalığa odaklanma | Hastalık ve risklerin kapsamını dikkate alarak, insanların beklenti ve ihtiyaçlarını kapsamlı olarak karşılama |
| Köy düzeyinde sağlık eğitimi, sanitasyon, su ve hijyen iyileşmesini sağlama | Sağlıklı hayat tarzlarının özendirilmesi sosyal ve çevresel zararların sağlığa olan etkilerinin azaltılması |
| Gönüllü profesyonel olmayan toplum sağlığı çalışanları için basit bir teknoloji | Teknoloji ve ilaçlara erişimi kolaylaştıran ve doğru kullanımını sağlayan sağlık çalışanları ekibi |
| Yerel sağlık komiteleri eliyle yerel kaynakların harekete geçirilmesi ve sağlık merkezlerinin yönetimine katılım | Politika tartışmalarına ve hesap verebilirlik mekanizmalarına sivil toplumun örgütlü katılımı |
| Devlet tarafından finanse edilen ve sunulan, yukarıdan aşağıya merkezi yönetim esaslı sağlık hizmetleri | Küresel bağlamda işleyen çoğulcu (pluralistik) sağlık sistemleri |
| Artan kısıtlılıkların yönetimi ve küçülme (downsizing) | Sağlık kaynaklarının artışı yöneterek evrensel erişime (universal coverage) doğru yönlendirme |
| Karşılıklı yardım ve teknik destek | Küresel dayanışma ve birlikte öğrenme (joint learning) |
| Hastanenin antitezi olarak Temel Sağlık | Bütün basamaklarda kapsamlı sonuç almanın koordinatörü olarak Temel Sağlık |
| Temel Sağlık Hizmetleri ucuzdur ve mütevazı yatırım gerektirir | Temel Sağlık Hizmetleri ucuz değildir: makul yatırım gerektirir, fakat alternatiflerine göre harcanan parayla daha iyi değer üretir. |

Rapor, temel sağlık hareketi anlayışındaki değişmeyi detaylı bir şekilde ortaya koyduğu gibi, 2008 Almaty konferansında da özellikle vurgu yapılan husus buydu. Temel sağlık, önceki anlayışa göre kırsal kesimdeki yoksullar için temel bir hizmet paketini çağrıştırırken, temel sağlık reformlarının yeni yaklaşımı şümulü sağlık hizmetlerine toptan erişimi kabullenmektedir. Yine eski yaklaşım anne ve çocuğa odaklanırken şimdi bütün dezavantajlı gruplar hedeflenmektedir. Eskiden akut enfeksiyon hastalıkları hedef alınırken, bugün sağlık riskleri ve bütün ömür boyunca karşılaşılan hastalıklar konu edilmektedir. Sağlıklı bir yerel çevre anlayışından, sağlıklı yerel ve global çevre anlayışına geçilmiştir. Hesaplılık ve küçük ölçekli yapılanmadan, eksiksiz herkesin hizmet alacağı şekilde büyümenin yönetilmesine yönelinmiştir. Devlet merkezli ve yukarıdan aşağıya dikey organizasyonlardan, kamu ve özel sektör işbirlikteliğindeki sağlık sistemlerine geçilmiştir. Karşılıklı yardım ve teknik desteğin yerini küresel dayanışma ve birlikte öğrenme almaya başlamıştır. Hastanelerden uzak birinci basamak sağlık hizmeti öncelenirken, uygun hizmet için koordine sevk sistemi öne çıkmaktadır. Temel sağlık ucuzdu, şimdi ucuz değildir fakat harcanan paraya karşılık iyi değer elde edilmektedir.

Yandaki tabloda temel sağlık hizmetlerinin başlangıçta hâkim olan anlayış ile günümüz yaklaşımı arasındaki farklılıkları görülmektedir (17).

Temel Sağlık Hizmetleri Reformu İhtiyacı

2008 Dünya Sağlık Raporu, sağlık sistemlerinin toplumun ihtiyaçlarını karşılama kapasitelerini geliştirmek ve ortaya çıkan yeni tehditlerle mücadele etmek yerine, büyük oranda parçalı bir şekilde ve net bir hedef olmaksızın, kısa süreli bir öncelikten bir başkasına yönelir durumda olduğunu belirtmektedir. Sağlıkta çok sayıda başarılar elde edilmiş ve hastalıklarla mücadelede, hayat kalitesinde, ortalama ömürde önemli ilerlemeler kaydedilmiş olsa da, en gelişmiş ülkelerde bile sağlık sistemleri arzulan hedeflerine tam ulaşmamakta, insanlar sistemden memnun kalamamaktadır. Sağlık sistemleri ve sağlıkta gelişme ajandaları yamalı bohça misali değişiklikler içermektedir. Gelişmiş ülkelerde aşırı branşlaşma, fakir ülkelerde bağışçılar desteğiyle yürütülen tek hastalığa odaklı programlar sistemlerin bütünlüğünü engellemede en önemli rolü oynamaktadır. Yine raporda yer alan ifadelerle, bu durum, sağlık sistemlerinin günümüzdeki toplumlarda işleyiş tarzlarında reform yapmayı ve reoryantasyonu gerekli kılmaktadır. İşte bu reformlar temel sağlık hizmetlerinin yenilenme ajandasını oluşturmaktadır (17).

Söz konusu temel sağlık reformlarının hedefi, bilinen “temel” (basic) sağlık hizmetlerinin sunumu ile sınırlı değildir. Bu hizmet sunumunun ötesine geçerek ulusal sağlık sistemlerini oluşturan ana unsurlarla kesişmekte, onların belirlenmiş sınırlarının ötesine geçmektedir (35). Yani bütünüyle sağlık sistemini etki-

leyecek bir potansiyel taşımaktadır. Mesela, sağlık sistemlerini temel sağlık hizmetleri tarafından yönlendirilmiş değerlere göre düzenlemeyi hedeflersek, çok kapsamlı insan kaynağı politikalarına ihtiyaç duyulacaktır. Ayrıca bütün bunların ekonomiden, finansman veya hizmet sunum politikalarından, kamu personel reformundan ve sağlık personeli ile ilgili ülkeler arası göçlere kadar varan bir dizi düzenlemeden ayrı gerçekleştirilebileceğini düşünmek mümkün değildir.

Ayrıca temel sağlık reformlarının gelişme ve modernleşmeyle birlikte gittikçe değişen toplumsal beklentilere de cevap teşkil etmesi gerektiği bilinmektedir. Bu durum bazı alışkanlıklardan uzaklaşmayı, sağlık sektörünün farklı paydaşlarıyla görüşmeyi ve geçmişin yukarıdan aşağıya dikey modellerinden uzaklaşmayı gerektirir (17).

Önerilen Reform Başlıkları

2008 Dünya Sağlık Raporu sağlık sistemlerindeki kabul edilemez açıklıkları gidermek ve temel sağlık hizmetlerini güvence altına almak üzere yapılacak eylemleri 4 reform başlığı altında vermektedir. Bu reformlar, günümüz dünyasında ortaya çıkan sağlık tehditlerine karşı koymada etkili araçlar olma, temel sağlık hareketine hayat veren hakkaniyet değerleri, toplumsal birliği güçlendiren dayanışma ve sosyal adalet ile modernleşen toplumların gittikçe artan beklentilerinin hepsiyle kesişim içinde olma iddiasıyla ileri sürülmektedir (17).

1-Sağlık güvencesinin kapsayıcılığı/evrensel kapsayıcılık reformları (universal coverage reforms):

Özellikle bütün toplumu kapsayan bir güvence ve sosyal sağlık koruyuculuğu hedefini ifade etmektedir. Bu hedefe doğru yaklaşılmasıyla, hakkaniyet ile sosyal adaletin sağlandığı, sosyal farklılıkların yok edildiği ve ayrımcılığın olmadığı bir sağlık sistemi ortaya konmuş olacaktır (17).

Sağlıklı sosyal belirleyicilerinin çoğunun eşitsizlikler üzerinde payı vardır. Bu yüzden bu sorunun çözümü birçok sektörü içine almaktadır. Sağlık eşitsizlikleri aynı zamanda hizmetin bulunabilirliği, erişilebilirliği ve kalitesindeki farklılıklar tarafından, bunların insanlara yüklediği mali yük tarafından ve hatta dil, kültür ve cinsiyete dayalı engeller tarafından şekillendirilmektedir (36). Herkes için sağlık iddiasındaki temel sağlık hareketi doğrultusundaki bir sağlık sistemi, eşitsizlikleri azaltmak ve hizmetlerin herkese sunulmasını temin etmek zorundadır. Bugün sağlık hizmetleri dün olduğundan daha yaygındır, ancak bu durum hala büyük nüfusların hizmetlerin gerisinde kalmasını engelleyememiştir. Hatta kontrolsüz ticarileşme, hizmeti belli gruplar için daha çok mümkün kılarken, eşitsizlikle-

ri de artırmaktadır. Dünyanın birçok yerinde gelişmekte olan sağlık hizmetleri hakkaniyet ilkesi ile paralel gidememektedir. Bilhassa teknoloji gölgesinde gelişen sağlık hizmetlerini bireyler kendileri satın almak zorunda kalınca, birçoklarının fakirleşmesi kaçınılmaz olmaktadır. Bu yüzden sağlıktaki gelişmeler ve hizmetlerin yaygınlaşması sosyal koruyuculukla paralel olmak zorundadır. Sağlıkta hakkaniyet için böyle bir koruyuculuk şarttır; ayrıca kapsayıcılığın gerçekleşebilmesi yaygın hizmet ağlarının varlığına bağlıdır. Bu da, sosyal koruyuculuğun gerçekleşmesi için beraberinde sağlık hizmet sunum reformlarına da ihtiyacımız olduğunu göstermektedir.

2-Hizmet sunum reformları (service delivery reforms):

Sağlık sisteminin önemli rolü, insanların değişen dünyaya daha çok uyum sağlayabilmesi ve sosyal olarak daha barışık olmasını sağlamak, sağlıklıları ile ilgili daha iyi sonuçlar ortaya koyabilmektir. Hizmet reformu, bunları gerçekleştirmek üzere sağlık hizmet sunumunun insanların ihtiyaçları ve beklentileri doğrultusunda yeniden organize edilmesidir (17).

Hizmet sunumu reformlarının ana teması, geleneksel sağlık hizmetini temel sağlık hizmetine dönüştürmektir; sağlık hizmet sunumunu yerel sağlık sistemleri, sağlık hizmet ağları, kapsayıcı sağlık bölgeleri gibi organizasyonlarla hakkaniyet doğrultusunda optimize etmektir. Gittikçe yükselen beklentileri karşılayarak, "sağlık hizmetinin odağına insanı yerleştirip zihin ile bedeni, insan ile sistemi harmonize etmektir" (14).

Hizmet sunum reformları reformlar setinde bir alt başlığı oluşturmasına rağmen, genellikle yüksek profilli olduğundan bazen bütünüyle temel sağlık hizmetleri ajandasını maskeleyebilmektedir. Hatta bu yöndeki gayretlerin ortaya çıkardığı karışıklıklar bazen temel sağlık hizmetlerini ve onu geleneksel hizmet sunum tarzından ayıran özellikleri aşırı derecede basite indirgenme riskine maruz bırakmaktadır (24). Bilhassa kaynak kısıtlılığı çekilen ülkelerde bu reformlar basite indirgenerek temel sağlık ruhundan uzaklaşmaktadır.

3-Kamu düzeni reformları (public policy reforms):

Toplum sağlığı, sağlık sektörü altındaki paydaşların işbirliğinin konusu olmaktan öte bir kapasite ve sorumluluk alanıdır. Bu yüzden üst otoritelerin önderliğinde çoklu sektörel işbirliğini sağlayacak düzenlemeler yapılmalıdır. Toplumun yararını gözeten politikaların farklı sektörler arası işbirliği yoluyla hayata geçirilmesi, hem ulusal hem de ülkeler arasında toplum sağlığı girişimlerinin güçlendirilmesi gerekir. Bu şekilde toplum sağlığı eylemleri temel sağlıkla entegre edilerek sağlıklı toplumların oluşturulması sağlanmış olacaktır (17).

Yukarıda sözünü ettiğim bütün kavramsal tartışmalara, temel sağlık hizmetlerinin kanıt temelli tanımındaki belirsizliklere rağmen, temel sağlık hizmetlerinin insan merkezilik, kapsamlı ve kapsayıcı olma, entegrasyon, hizmetlerin devamlılığı ile hastaların ailelerin ve toplumun katılımı gibi karakteristik özellikleri nettir (22, 37). Bu özelliklerin kavramsal anlamda toplumların sağlık düzeylerini yükseltmek için önemli ve etkili olduğu konusu tartışmasızdır. Ne var ki, insanların yüksek sağlık düzeylerini sağlayacak ve bu düzeyleri koruyacak yaşama şartlarının oluşturulması, hakkaniyetin temini ve bu arada toplumların sahip oldukları değerleri doğrultusunda hayatlarını sürdürebilmesinin garanti altına alınması, kamu düzenini yakından ilgilendirmektedir. Ayrıca şehirleşme, iklim değişikliği, sosyal sınıf ayrılıkları gibi sağlık tehditleri ile mücadele etmek üzere hükümetlerin sorumlulukları vardır. Sağlık için tehdit oluşturacak icraatları durdurmak ve sorumluluk alanlarını sağlığın geliştirilmesine yönlendirmek üzere farklı sektörleri içine alan düzenlemelere ihtiyaç vardır. Bu yüzden temel sağlık hareketinin başarısı bu yönde bir dizi kamu politikaları oluşturmakla mümkün olabilecektir. Yani öncelikli sağlık problemlerini ele alan teknik politika ve programlar gereklidir. Hatta bu toplumsal politikalar küreselleşen dünyada sadece ülke sınırlarında değil uluslar arası ilişkiler düzeyinde de ele alınmalıdır.

4-Liderlik reformları (leadership reforms):

Nicelik ve nitelik sorunu yaşayan insan kaynakları, tanı ve tedavi araçları, her türlü gelişme, değişme ve sosyal olaylarla farklılaşan risk alanları ve bunlara çözüm üretmede yüksek ivme gösteren bilimsel gelişmelerin baskısı altındaki çağdaş sağlık sistemleri çok karmaşık bir hal almıştır. Bir tarafta katı merkezi yönetim ve kontrol anlayışı, diğer tarafta devletin “bırakınız yapsınlar” kayıtsızlığı bulunan iki aşırı uç arasında kararlı bir dengenin sağlanması gerekmektedir. Bu karmaşıklık içinde güçler dengesini, daha doğrusu dengesizliğini dengeleyici, katılımcı, tartışmaya dayalı bir liderlik, sistemin bütünlüğü için çok yararlı ve gereklidir (17).

Toplum sağlığını etkileyen faktörler yelpazesi çok geniştir. Okul müfredatları, endüstri politikaları, gıda ve tüketim ürünlerinin güvenliği veya zehirli atıkların taşınması ve imhası gibi birçok husus toplumun sağlığına önemli etki yapan ve hatta toplumun sağlığını belirleyen unsurlardır. Sağlık dışı sektörlerin gaye ve hedeflerini sağlıkla paralel hale getirebilmek hayati önem taşımaktadır; böylece yukarıda ele alınan kamu politikalarının çerçevesi içinde sağlık önemli bir yer tutacaktır. “Herkes için sağlık” hedefine ulaşmak için sektörler arası işbirliğini sağlamaya yönelik maksatlı ve bilinçli çabalar gereklidir (37). Bu harikulade karmaşık ortam içinde çok sayıda sektörü sağlık etrafında işbirliğine sevk edebilecek güçlü

bir toplumsal liderlik işin özünü oluşturmaktadır. İşte bu liderliğe fırsat verecek, çok sayıda sektörle işbirliğine dayalı politika diyalog modelleri tesis edecek tarzda toplumsal kabul ve kamu düzeni oluşturacak yeniden yapılanmalar gereklidir. Bu liderlik kamu sektörü sınırlarının ötesine geçerek, klinisyenlerden sivil topluma, topluluklardan araştırmacılara ve akademisyenlere kadar çok çeşitli paydaşlarla yakın ilişkili olarak var olma durumundadır (17). Genellikle Sağlık Bakanlıklarının üstlenme sorumluluğu taşıdığı bu liderliğin en önemli araçlarından biri, yeterli ve güvenilir veri toplama ve bunu bilgiye dönüştürerek kararlarında kullanmalarıdır. Bu yüzden sağlık bilgi sistemleri bu alandaki reformların vazgeçilmez unsurlarından biridir.

Bütün gelişmelere ve üzerinde çok tartışılmasına rağmen liderlik konusu hala sağlık sistemleri için önemli bir sorun olarak durmaktadır. Bu liderlik konusu çoğu kez yönetimbilimde sıkça kullanılan “stewardship” kapsamında ele alınmaktadır. Önderlik/ vekilharçlık diyebileceğimiz stewardship, sağlık bakımı ile ilişkili olan her şeyin dikkatli ve sorumlu bir yönetimi olarak tanımlanabilir. Toplumun sağlığını etkileyebilecek bütün sektörlerdeki politikaları ve icraatları yönlendirmeyi kapsar. Doğru planlamalar ve bu planların uygulanmasını sağlayacak araçların geliştirilmesine yönelik stratejik politikaları geliştirme yeteneğini ifade eder. Sürdürülebilirliği ve saydamlığı garanti altına alan bir sağlık sistemi performansını sağlayacak entellektüel birikimin temini anlamına gelir (38)

Güçlü bir stewardship fonksiyonu olmaksızın, kaynak geliştirilmesi, hizmet sunumu ve finansman gibi sağlık sisteminin diğer girdileri arasında uyumlu bir düzen kurulamayacaktır. Görevlerin birbiri ile örtüşmesi, başlangıçta fark edilmesede, zamanla güçlü kurumsal yapıların hâkimiyetine yol açacaktır. Bu da, insan odaklı, performansı yüksek bir sağlık sisteminden çok, performansı yüksek bir hâkim kurum ortaya çıkarır. Kurum odaklı yaklaşımların sistem çıktılarını ve insanın mutluluğunu göz ardı etme gibi bir risk her zaman vardır. Bu yüzden temel sağlık hareketi doğrultusunda hedeflere ulaşmak ve performansı yüksek bir sağlık sistemine sahip olmak istiyorsak, sistemin girdileri olan ana fonksiyonları canlı tutmak, yerli yerine oturtmak ve aralarında uyumlu bir bütünlük sağlamak zorundayız (38). Bu da liderlik reformlarının ne kadar önemli olduğunu göstermektedir.

...ve Sağlıkta Dönüşüm

Gözümüzü küresel temel sağlık politikalarından kendi tecrübelerimize çevirecek olursak, çarpıcı bir sonuçla karşılaşabiliriz. Son 5 yıldır uygulamaya çalıştığımız Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın ana başlıklarından birkaç tanesine değinmek, ne demek istediğimi açıklamaya yardımcı olacaktır. Programın ilk üç başlı-

ğı sırasıyla 1-Planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı, 2-Herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası ve 3-Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmetidir. Bunların liderlik, evrensel kapsayıcılık ve hizmet sunumu reformlarına karşılık geldiğini fark etmek zor değildir. Programın birçok bölümünün kapsayıcılığı ile birlikte ikinci dönemde programa eklenen, “Tarafların harekete geçirilmesi ve sektörler arası iş birliği için çok yönlü sağlık sorumluluğu” bileşeni, kamu düzeni reformları açısından değerlendirilebilir. Uygulamada bu bileşenlerin ne derecede hedeflenen sonuçlara bizi yaklaştırdığını toplumsal algı ve zaman gösterecektir.

OECD Türkiye Sağlık Sektörü Raporu’nda yer alan Sağlıkta Dönüşüm Programı hakkındaki yorum, geleceğe yönelik umutlarımızı beslemede yardımcı olabilir:

“Birçok yönüyle, Sağlıkta Dönüşüm Programının içeriği, 2003 öncesi Türkiye’de var olan tipte bir sağlık sistemi için “kitabî” reformlar seti gibidir; sistemi zayıf yönlerini hedefe koyup, güçlü yanları üzerinde inşa etmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programını icraya koyarken atılan adımlar, sistemin performansında önemli iyileşmeler ortaya çıkarmıştır (39).”

Kaynaklar

- 1- Chan. M, Director General’s Message. The World Health Report 2008
- 2- Health System Strengthening using Primary Health Approach. Regional Conference on “Revitalizing Primary Health Care” Cakarta, Indonesia, 6-8 August 2008, SEA/RPHC/2008/16, 31 July 2008
- 3- E-Walley J, Lawn, Tinker A, Francisco A, Chopra M, Rudan L, Bhutta ZA, Black RE: Primary health care: making Alma-Ata a reality The Lancet, 372 (9642): 1001 – 1007, 2008
- 4- WHO European Ministerial Conference on Health Systems: “Health Systems, Health and Wealth” Tallinn, Estonia, 25-27 June 2008
- 5- Sharmanov T. Sh: Almaty, Turning Point of World Health Care. Almaty 2008
- 6- 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun. Genel Gerekeç Metni, sayfa 6, TBMM Arşivi, 1961
- 7-Demirel H: 1946-1960 Arası Sağlık Politikaları ve Sağlıkta Planlama, Medipolitan Eğitim ve Sağlık Vakfı Yayınları, 2008
- 8- Report of The International Conference on Primary Health Care, World Health Organization, Alma-Ata 1987 -Primary Health Care- Geneva, 1978.
- 9- Chan M: Return to Alma-Ata. The Lancet. 372 (9642): 856-866, 2008
- 10- Renewing primary health care in the Americas: a position paper of the Pan American Health Organization. Washington DC, Pan American Health Organization, 2007.
- 11- Saltman R, Rico A, Boerma W. Primary health care in the driver’s seat: organizational Reform in European primary care. Maidenhead, England, Open University Press, 2006 (European Observatory on Health Systems and Policies Series).
- 12- Report on the review of primary care in the African Region. Brazzaville, World Health Organization Regional Office for Africa, 2003.
- 13- International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata: twenty-fifth anniversary. Geneva, World Health Organization, 2003 Fifty-sixth World Health Assembly, Geneva, 19–28 May 2003, WHA56.6, Agenda Item 14.18).
- 14- WHO Regional Office for South-East Asia and WHO Regional Office for the Western Pacific. People at the centre of health care: harmonizing mind and body, people and systems. Geneva, World Health Organization, 2007.

- 15- The Ljubljana Charter on Reforming Health Care, 1996. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 1996.
- 16- Press Release WHO/8927 November 1998
- 17- World Health Report 2008 entitled Primary Health Care – Now More Than Ever, WHO, 2008
- 18- Hart T. The inverse care law. *Lancet*, 1971, 1:405–412.
- 19- World development report 2004: making services work for poor people. Washington DC, The World Bank, 2003.
- 20- Filmer D. The incidence of public expenditures on health and education. Washington DC, The World Bank, 2003
- 21- Hanratty B, Zhang T, Whitehead M. How close have universal health systems come to achieving equity in use of curative services? A systematic review. *International Journal of Health Services*, 2007, 37:89–109.
- 22- Starfield B. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy*, 2002, 60:201–218.
- 23- Moore G, Showstack J. Primary care medicine in crisis: towards reconstruction and renewal. *Annals of Internal Medicine*, 2003, 138:244–247.
- 24- Shiffman J. Has donor prioritization of HIV/AIDS displaced aid for other health issues? *Health Policy and Planning*, 2008, 23:95–100.
- 25- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. To err is human: building a safer health system. Washington DC, National Academy Press, Committee on Quality of Care in America, Institute of Medicine, 1999.
- 26- Fries JF et al. Reducing health care costs by reducing the need and demand for medical services. *New England Journal of Medicine*, 1993, 329:321–325.
- 27- The World Health Report 2002 – Reducing risks, promoting healthy life. Geneva, World Health Organization, 2002.
- 28- Sindall C. Intersectoral collaboration: the best of times, the worst of times. *Health Promotion International*, 1997, 12(1):5–6.
- 29- World Health Statistics 2008. Geneva, World Health Organization, 2008.
- 30- Ettelt S, Nolte E, Thomson S, Mays B: Policy Brief. Capacity planning in health care. *European Observatory on Health Systems and Policies*, 2008
- 31- Stevenson D. Planning for the future – long term care and the 2008 election. *New England Journal of Medicine*, 2008, 358:19.
- 32- Işık S: Sağlık politikalarının politik gücü. *SD Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 4: 26-29, 2007
- 33- Blendon RJ et al. Inequities in health care: a fi ve-country survey. *Health Affairs*, 2002, 21:182–191.
- 34- Tarimo E, Webster EG. Primary health care concepts and challenges in a changing world: Alma-Ata revisited. Geneva, World Health Organization, 1997 Current concerns ARA paper No. 7.
- 35- Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva, World Health Organization, 2007.
- 36- Dans A et al. Assessing equity in clinical practice guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2007, 60:540–546.
- 37- Primary care. Americas health in a new era. Washington DC, National Academy Press, Institute of Medicine 1996.
- 38- Aydın S: Vekilharçlık (Stewardship) ve Yönetişim. *SD Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 4: 44-45, 200
- 39- OECD Reviews of Health Systems , p. 5, 2008

Bölüm-3

Sağlıkta Yeni Dönem



Bölüm 3

Sağlıkta Yeni Dönem

1. İnsan Merkezli Hizmet İçin Zihniyet Değişimi

Sağlıkla ilgili ihtiyaçlar ertelenemez. Ülkemizde ne yazık ki yıllarca bu gerçek göz ardı edilmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda ise kurumsal kaygılar ve öncelikler bir tarafa bırakılarak hizmetin odağına insanı koyan bir anlayışla yola çıkmış ve sağlıkla ilgili ihtiyaçlara zamanında, gecikmeksizin cevap verilmeye başlanmıştır.

Sağlıkta Dönüşüm Programının merkezine “önce insan” anlayışının yerleştirilmesinin sebebi, insanımızın hakkı olan sağlık hizmetinin devlet tarafından sağlanan bir lütuf değil, bir hak teslimi olduğu bilincidir

Hastaların rehin tutulduğu, acil servis kapısından geri çevrildiği, ambulans hizmetleri için ücret talep edildiği günlerden, yalnızca şehirlerde değil, köylerde de “112 Acil Sağlık” hizmetini sunabildiğimiz, “Hava Ambulans Sistemi”ni başlattığımız, gezici hizmetlerle hizmete ulaşamayan vatandaşımıza ulaştığımız, diyaliz ihtiyacı olan hastamızı evinden alarak hizmet verebildiğimiz bir döneme geçilmiştir.

Vatandaşlarımızın sağlık hizmetine ulaşmalarının önündeki engeller birer birer kaldırılmıştır. Artık insanımız, istediği sağlık tesisine rahatlıkla gidebilmekte, ilacını istediği eczaneden eksik ilaç bahanesiyle geri dönmeden rahatlıkla alabilmekte, kuyruklarda saatlerce beklememektedir.



Üç yıl önce Düzce ilinde başlattığımız aile hekimliği uygulaması şu anda 30 ilimizde devam etmektedir; yaklaşık onsekiz milyon vatandaşımız bu uygulamadan yararlanmakta, doktorunu seçebilmektedir.

Anne adaylarımız ve bebeklerimiz hassasiyetle takip edilmektedir. Doğumların sağlık personeli refakatinde yapılması, en gelişmiş aşıların kullanılmaya başlanması ve aşılamaların eksiksiz olması konusunda büyük mesafeler kat edilmiştir.

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

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

Artık ülkemizdeki bütün hastanelerimizde hasta hakları birimlerimiz bulunmakta, hastalar hastanelerimizin büyük çoğunluğunda tercih ettikleri doktorlara muayene olabilmekte. Hastanelerimiz tıbbi cihaz ve donanım açısından çok iyi seviyelere gelmiş durumdadır. Yirmi bin yeni hasta yatağı oluşturulmuştur. Yeni hastane projelerimizde hasta odalarına banyo, tuvalet konmakta, odalar 1 veya 2 yataklı olarak yapılmaktadır. Yoğun bakım yatak kapasitesi yedi buçuk katına çıkarılmıştır.



Bu gayretli çalışmaların her saniyesinde emeği ve göz nuru olan sağlık çalışanlarımızın fedakârlıklarına yakışır gelir düzeylerine ulaşmaları ve çalışma ortamlarının iyileştirilmesine yönelik olarak çok önemli adımlar atılmıştır. Bu adımlar geliştirilerek sürdürülecektir.

Ülkemizin doğusundan batısına, kuzeyinden güneyine bina, ekipman ve sağlık personeli açısından eksik olduğu yerlere öncelik vermek suretiyle, dengesizlikler büyük ölçüde ortadan kaldırılmıştır. Kamuda yüzon binden fazla yeni sağlık personeli istihdam edilmiştir.

İnsan merkezli bir yönetim anlayışı ve yerinden yönetim ilkesi gereğince; Bakanlık merkez teşkilatının üzerinde olan yetkilerin bir kısmı taşra teşkilatına bırakılmıştır: Birinci basamak sağlık kuruluşlarının açılıp kapatılma ve 24 saat hizmet veren sağlık ocaklarını tespit ve çalıştırma yetkisi, eczanelerin açılıp kapatılma ve ruhsat işlemleri yetkisi, kontrole tâbi müstahzarların satış/sarf hareketlerinin takibi ve personel özlük işlemleri gibi birçok yetki illere devredilmiştir.

Bürokratik işlemleri azaltmak ve hizmet gereği ihtiyaç duyulan tıbbi cihaz ve makine teçhizat alımı ve onarımları ile demirbaş gibi malzemelerin döner sermaye gelirlerinden zamanında temin etmek amacıyla belli limitler dahilinde kurum ita amirine yetki verilmiştir.

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 hedeflemiştir.

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

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

Sağlık hizmet sunucularının hizmet sunum modelleri ve hedef kitleleri arasında birlik sağlanması konusunda radikal değişikliklere gidilmiş ve kamu sigortacılığı kapsamında olan vatandaşlarımızın özel sağlık kuruluşlarından da hizmet almasına fırsat tanınmıştır. Böylece kamu hastaneleri ile özel hastanelerin hizmet verme tarzı arasında uyum sağlanmıştır. Diğer taraftan devlet hastaneleri ile SSK hastaneleri arasındaki ayrımcılığın ortadan kaldırılmasıyla, kamu hastane işletim modelleri arasında birlik sağlanmıştır.

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 oluşturulmuştur. Benzer tarzda tek bir sisteme dayalı hak ediş ve hizmet kontrolünü sağlayacak ortak veri tabanları oluşturulmuştur. Gelir düzeyi düşük olan vatandaşlarımızı kapsayan yeşil kart uygulamasının kapsamı genişletilmiş ve yeşil kart uygulaması gerçekçi ve etkili bir hale getirilmiştir. Böylece düşük gelir düzeyindeki vatandaşlarımız da SSK, BAĞ-KUR ve Emekli Sandığı'ndan farksız bir sağlık sigortası güvencesine kavuşturulmuştur.

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

5502 sayılı kanunla Sosyal Güvenlik Reformunun ilk adımı atılmış ve bütün sigorta kurumları yeniden yapılandırılarak Sosyal Güvenlik Kurumu adıyla tek çatı altında toplanmıştır. Ardından çıkarılan 5510 sayılı kanunla bütün nüfusun sosyal güvenlik kapsamına alınmasıyla sağlık hizmetlerine erişimdeki ve finansmandaki eşitsizliklerin giderilmesi hedeflenmiştir.

Geçmişte SSK, Bağ-Kur, ES, kamu çalışanları ve yeşil kartlılar olmak üzere beş farklı kalite ve standartta sunulan kamu sağlık sigortacılığı birleştirilmiş ve tüm vatandaşlarımıza eşit kapsam ve kalitede sağlık sigortacılığı hizmeti verilen bir yapıya dönüştürülmüştür.

Sosyal güvenlik reformunun temel amacı adil, kolay erişilebilir, yoksulluğa karşı daha etkin koruma sağlayan, mali açıdan sürdürülebilir bir sosyal koruma sistemine ulaşabilmektir.

Sağlık hizmetlerine erişim, sosyal güvenlik sistemlerinin en önemli unsurlarından birini oluşturmaktadır. Kötü sağlık yoksulluğu arttırır, yoksulluk ise sağlık hizmetlerine ulaşımı engeller. Kişilerin sağlık güvencelerinin olması, sağlık hizmetinin kullanımını olumlu yönde etkilemektedir. Kişilerin sağlık hizmetine kolay ulaşmaları hastalıkların ilerlemesine engel olmakta, toplumun genel sağlık göstergelerini iyileştirmektedir.

Ülkemizdeki sağlık sistemine baktığımızda, hem kurumsal hem de finansman yöntemi açısından karma bir model uygulanmaktaydı. Bu sistem verimsiz ve karmaşık bir yapı sergilemektedir. Örneğin SSK ve Bağ-Kur primli sistemle finanse edilirken, çalışan devlet memurları ve emeklileri ile yeşil kart kapsamındaki kişiler vergilerle finanse edilmekteydi.

SSK, Bağ-Kur, ES ve Maliye Bakanlığı tarafından farklı finansman yöntemleri ile yürütülen programların tek elde toplanması ve etkin kontrol mekanizmaları ile güçlendirilmiş bir sağlık hizmeti satın alma işlevinin sağlanması, Sağlıkta Dönüşüm Programının amaçlarını gerçekleştirmede önemli bir rol oynamıştır.

Sağlık kuruluşları ve hizmet sunucularına kaynak aktarmak yolu ile hizmetlerin sübvansede edilmesi yerine, prim ödeme gücü olmayan vatandaşların sübvansede edildiği sosyal sigortacılık programı başlatılmıştır.

Tüm nüfusun kapsam altına alınması ile sağlık güvencesine sahip olmayanlar sürekli sağlık güvencesine kavuşturulmuştur. Sağlık güvencesi anlamında farklı standartlarda uygulamaları olan mevcut kuruluşlara tabi sigortalılar arasında eşitlik sağlanmıştır. 18 yaş ve altındaki bütün çocuklar sağlık hizmetlerinden koksulsuz yararlandırılmaya başlamıştır..



Yine aynı kanunla, hizmet sunucularının hastalardan alabileceği ilave ücreti belirleme yetkisi Bakanlar Kuruluna verilmiştir. Daha önceden herhangi bir sınır olmayan ve tamamiyle sağlık hizmet sunucusunun inisiyatifinde belirlenen bu farkın üst sınırını Bakanlar Kurulu % 30 olarak kararlaştırmıştır. Artık vatandaşlarımız genel sağlık sigortası kapsamında özel sağlık hizmet sunucularına müracaat ettiklerinde kendilerinden ne kadar ilave ücret talep edilebileceğini bilerek hizmet alacaklardır. Ayrıca kanunun getirdiği diğer bir yenilik ise, ciddi sağlık tehdidinin bulunduğu ve bir kısmı ani gelişen hastalık durumlarında özel sağlık hizmet sunucularının hastalardan hiçbir şekilde ilave ücret talep edememeleridir. Bu şekilde hastalar ile sağlık kurumları arasında ücret belirsizliği ortadan kaldırılmaktadır. Kanunda öğretim üyeleri tarafından sunulan sağlık hizmetleri için alınabilecek ücretlere yönelik bir tavan da ortaya konmuştur.

Yine aynı kanunla, emeklilik sigortasında da önemli değişiklikler yapılmıştır. Mevcut emeklilik sisteminde yer alan tüm vatandaşlarımıza eşit ve adil bir hizmet sunulmasını sağlayacak tek bir emeklilik rejiminin oluşturulması sağlanmıştır.

Mevcut aktif sigortalıların emekliliklerini hak edecekleri yaş, prim ödeme ve sigortalılık süreleri aynen korunmuştur.

Mevcut aktif sigortalıların emeklilik aylıkları, eski sistemde ve yeni sistemde geçirdikleri süreye bağlı olarak, her iki sistemde hak edilen aylığın ağırlıklı ortalamasının alınması şeklinde hesaplanacaktır. Böylece mevcut sigortalılar için yeni sisteme geçiş zaman içinde kademeli olarak gerçekleşecek, norm birliği mevcut sigortalıların mağduriyetine yol açmadan uzun zaman içinde sağlanacaktır.

Yeni başlayanlar için tümüyle norm birliğinin sağlandığı bir emeklilik rejimi söz konusu olacaktır.

Yeni emeklilik sisteminde; 2035 yılına kadar emeklilik yaşı değiştirilmeyecektir. 2036 yılından itibaren emeklilik yaşlarında hayatta kalma ümidindeki artışa paralel, kademeli bir artış gerçekleşecektir. Sakat sigortalılar, yaş koşuluna tabi olmaksızın sakatlık derecelerine göre daha kısa sürede emekli olabileceklerdir.

En az 5 yıl (1800 gün) prim ödemiş sigortalıların ölümü halinde hak sahiplerine aylık bağlanacaktır. 9000 günün altında prim ödemişken ölenler için de 9000 gün prim ödenmiş gibi hesaplanacaktır.

Evli olmayan kız çocuklara, yaş sınırı olmaksızın, sigortalı olarak çalışmamaları veya kendi çalışmalarından dolayı gelir veya aylık almamaları koşuluyla

Erkek çocuklara, 18 yaşına, orta öğrenim yapmaları halinde 20 yaşına, yüksek öğrenim görmeleri durumunda 25 yaşına kadar, ölüm aylığı bağlanacaktır.

Sağlık Bakanlığı ile birlikte belirlenen yurt içinde tedavinin mümkün olmadığı durumlarda, bütün sigortalılara yurt dışında tedavi olanağı sağlanacaktır. Ayrıca bu kişilerin yol parası, zaruri masraf ve refakatçi giderleri de karşılanacaktır.

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

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

BAŞARI ÖYKÜSÜ

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ ARTIK ÜCRETSİZ

Sağlıkta Dönüşüm Program'ımızın ana ilkelerinden biri de "yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi" idi. Yaygınlığın artırılabilmesi, özellikle birinci basamak sağlık kuruluşlarının arttırılmasını gerektiriyordu. Sadece kamu binalarıyla sınırlı kalmayacak bir aile hekimliği uygulaması bu konudaki sıkıntıyı tamamen ortadan kaldıracaktı. Aile hekimlerine erişimin kolaylaştırılması için vatandaşımızın aile hekimine giderken herhangi bir ödeme yapmaması da önemlidir. Aile hekimliği hizmetleri bütün vatandaşlarımıza ücretsiz olarak sunulacaktır. Aile hekimliğine cazip bir ücret politikası da uygulanarak sağlık çalışanının mutlu edilmesi, güler yüzlü bir sağlık hizmet sunumunu sağlayacaktır.

Ancak tüm yurttan yaygın bir aile hekimliği uygulaması için zamana ihtiyaç vardı. O halde aile hekimliğine geçiş döneminde de yapılabilecek bir şeyler olmalıydı.

Sağlık ocaklarının kapasitesi muayene odalarının artırılması suretiyle yapıldı. Yeni ek birimler kiralandı. Yerel yönetimlerce yeni sağlık ocaklarının yapımı teşvik edildi. Bu arada performans dayalı ek ödeme sistemi ile artan hasta yüküne karşı sağlık çalışanlarına destek sağlandı. Sosyal güvenlik şemsiyelerinin kapsayıcılığı artırıldı. Ancak yine de sosyal güvenlik şemsiyesi dışında kalan küçük bir grup vatandaşımıza da erişebilmek, onların da temel sağlık hizmetlerine ücretsiz olarak erişebilmelerini sağlamak gerekiyordu. Bunu hizmetin sürdürülebilirliğini sağlamadan ve sağlık çalışanlarının motivasyonlarını bozmadan gerçekleştiremezsek hizmet kalitesinde düşme olabilirdi.

4736 sayılı Kanun, kamu hizmetlerinin hangi kapsamda ücretsiz verilebileceğinin Bakanlar Kurulu Kararı ile belirlenebileceğini belirtiyordu. Bakanlar Kurulu talebimizi uygun karşıladı ve karar 20 Temmuz 2007 tarihinde Resmi Gazetede yayımlandı. Sosyal Güvenlik Kurumu ve Maliye Bakanlığı ile de birer protokol yapıldı, sağlık hizmetlerinde bir milat gerçekleştirilmiş oldu. Böylece 1 Temmuz 2007'den itibaren birinci basamak sağlık hizmetleri tamamen ücretsiz vermeye başlanmış oldu. O tarihten bu yana vatandaşlarımız herhangi bir birinci basamak sağlık kuruluşumuza diledikleri zaman başvuruyor, hiçbir ücret ödemedi ve hiçbir belge göstermeden istedikleri hizmeti alabiliyorlar.

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

3. Temel Sağlık Hizmetlerinde Seferberlik

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



Sağlıkta Dönüşüm Programına yeni eklenen bileşenlerden biri olan Sağlık Geliştirilmesi ve Sağlıklı Hayat Programları ile genel tıbbi yaklaşımın çok ötesinde, çok daha kapsamlı, sağlık sektöründeki bütün aktörleri ilgilendiren geniş bir sorumluluk alanı oluşturulmasını planlamaktayız. Bu çerçevede işbirliği gereken tüm alanlarda farkındalığı sağlayacak çabaları daha da artıracakız.

Vatandaşlarımızın sağlıklı hayat programlarına erişiminin sağlanması temel ve öncelikli hedefimiz olacaktır. Ömrün uzaması, bulaşıcı hastalıklarla mücadele başarısı, ana-çocuk sağlığındaki başarılar sonucunda hastalık yükü sıralamasında

kronik hastalıklar ön sıralara çıkmaktadır. Kronik hastalıkların, hastalık yükü sıralamasında daha da ön sıralara geçeceği ve bunun sonucunda tedavi maliyetlerinin yükseleceği beklentisi söz konusudur. Bu sebeple, kronik hastalık risk faktörleriyle mücadele etmeyi öncelemek, vatandaşlarımızın kendi sağlık durumlarını kontrol edebilme yetilerini geliştirmek ve koruyucu hekimlik yaklaşımını sağlıklı merkezine tamamen yerleştirmek gerektiği aşikârdır.

a) Sağlık Ocaklarına Yeni Çehre ve Yeni Görevler

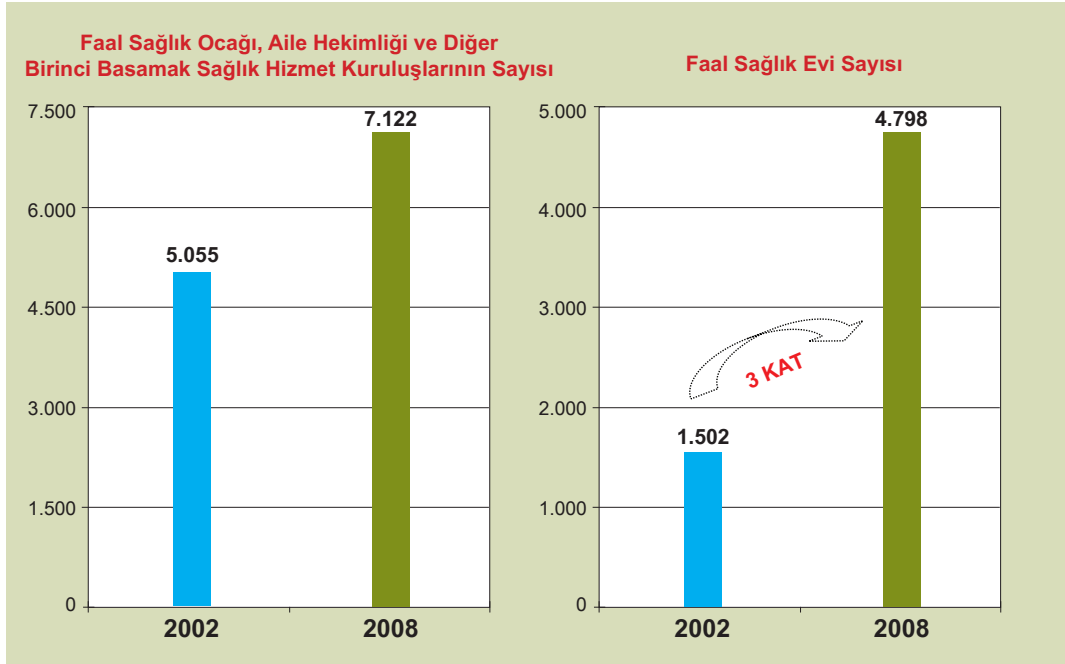
Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sosyalizasyon uygulamasının bu ülkeye armağan ettiği sağlık ocağı ağı daha da güçlenmiştir. Sağlık ocaklarının fiziksel yapısının iyileştirilmesi için Bakanlık kaynaklarının yanı sıra yerel yönetimler de harekete geçirilmiştir. “Her hekime bir oda” ilkesi kampanya haline dönüştürülmüş, halk ile hekimlerimiz arasında bire bir iletişim teşvik edilmiş, kolaylaştırılmıştır. Birinci basamak sağlık kuruluşları döner sermaye ile güçlendirilerek teşhis araçları yaygınlaştırılmıştır. Ayrıca bu hizmetlerde çalışan sağlık personeline performans göre katkı payı verilerek, motivasyon sağlanmıştır.

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

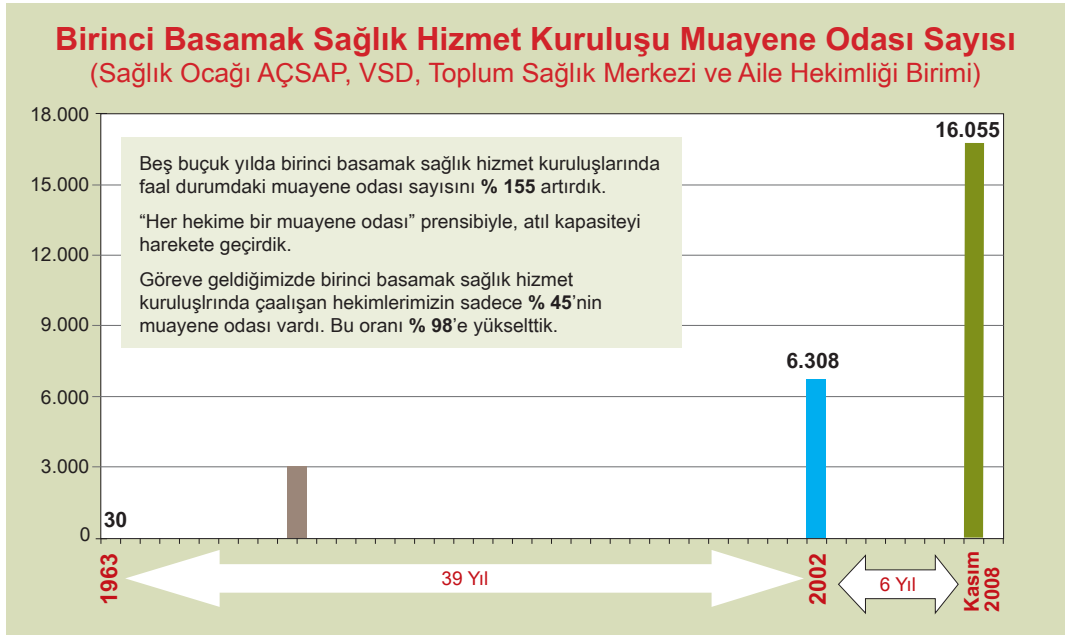
Kasım 2008 itibariyle 7.122 birinci basamak sağlık hizmet kuruluşu faal halde (içinde hekimi ile birlikte) hizmete devam etmektedir. 2002 yılında 1.572 faal sağlık evimiz mevcut iken Kasım 2008 itibariyle 4.798 sağlık evimiz faal hale gelmiştir. Bu artış kırsala götürdüğümüz sağlık hizmetinin nicelik ve niteliğini büyük ölçüde yükseltmiştir. Faal sağlık evi (içinde ebesiyle birlikte) sayısında nihai hedefimiz 5.950’dir. 2002 yılında faal sağlık evi oranı %22 iken, 2008 yılı faal sağlık evi oranı % 81’e ulaşmıştır.

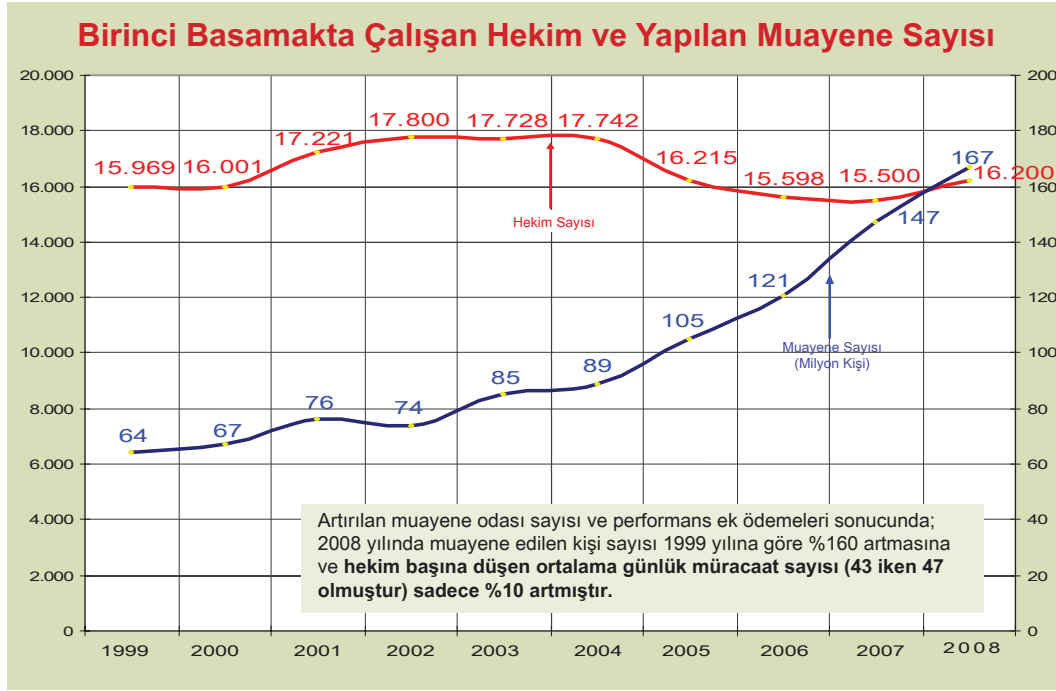
Hali hazırda binası olup hekimi olmayan Birinci Basamak Sağlık Hizmet Kuruluşu oranı yalnızca % 2 olup, Aile Hekimliği Uygulamasına geçilen illerde şu anda hizmet veren binalar Aile Sağlığı Merkezi olarak değerlendirilmeye devam edilecektir.

Birinci basamak sağlık hizmet kuruluşlarında faal durumdaki muayene oda sayıları 6 yılda % 155 arttırıldı. “Her hekime bir muayene odası” prensibiyle, atıl kapasiteyi harekete geçirildi. Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın başlangıcında birinci basamak sağlık hizmet kuruluşlarımızdaki hekimlerin sadece %45’inin muayene odası vardı. Bu oranı günümüzde %98’e yükselttik. Vatandaşımızın sağlık hizmetlerine ulaşımındaki engellerden biri de bu hamlemizden sonra ortadan kalkmış oldu.



2008 yılında, 2002 yılına göre birinci basamak sağlık hizmet kuruluşlarımızda çalışan hekim sayımız aynı olmasına rağmen yapılan muayene sayıları % 125 artmıştır. Hekim başına düşen hasta sayısında ise sadece % 10'luk bir artış meydana gelmiştir. Kişi başı hekime müracaat sayısı 2002 yılında yılda 3 iken 2008 yılında bu rakam 6,3 olmuştur. Yaptığımız çalışmalar neticesinde hem verimli hem erişilebilir hem de hakkaniyetli bir sağlık hizmet sunumu sağlanmaya başlamıştır.





Not: Hesaplamalarda Sağlık Ocağı, AÇSAP, Toplum sağlığı Merkezi VSD, SSK Dispanseri, SSK Sağlık İstasyonu ve Aile Hekimliği verileri kullanılmıştır.

Birinci basamakta çözülebilecek sorunlar, artan ilgi ve donanımla büyük ölçüde çözülmeye başlanmış, sistemin üst basamaklarının gereksiz yere meşgul edilmemesi ile kaynak tasarrufu sağlanmıştır.

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



b) Acil ve Afetlerde Sağlık Hizmetlerinde Sıçrama

Acil sağlık hizmetleri üzerinde önemle durulması gereken bir halk sağlığı konusudur. Acil hastalık ve yaralanma hallerinde en kısa sürede bir sağlık ekibiyle birlikte olay yerine ulaşmak, yerinde ilk müdahaleyi yapmak ve kişiyi gerekiyorsa en kısa sürede ihtiyacı olan sağlık yardımını alabileceği bir merkeze ulaştırmak önemlidir. 112 Acil Sağlık Hizmetleri Komuta Kontrol Merkezlerinin tüm illerimizde dijital altyapıları tamamlanmıştır. Kurulan dijital sistem altyapısı ile tüm illerimizde:

- Çağruların kullanıcılar tarafından Operasyon Yönetim Yazılımı ile bilgisayarları üzerinden karşılanması ve gelen telefonların çağrı karşılayıcılara otomatik olarak dağıtım yapılabilmesi,
- Arayanın telefon numarasının görünmesi,
- Telefon ve telsiz çağrılarının numara veya sinyal düştüğü andan itibaren ses kayıtlarının yapılabilmesi,
- Bilgilerin veri bankasına kaydedilmesi ve bu bilgilerin eş zamanlı olarak danışman hekim veya diğer ünitelerle paylaşılması,
- Şehrin sayısal haritaları üzerinde adres araması yapılabilmesi,
- GPS uyduları ile ambulansların on-line olarak takip edilmesi,
- Hastanelerdeki boş yatak sayılarının takibi,
- Gelen çağrı adetleri, günlük vaka sayıları, operatör durumları, ekip durumları, ulaşım süreleri, çalışma formları ve istatistiklerin anlık veya geçmişe yönelik alınabilmesi sağlanabilmektedir.

Kara, Deniz ve Hava Ambulansları

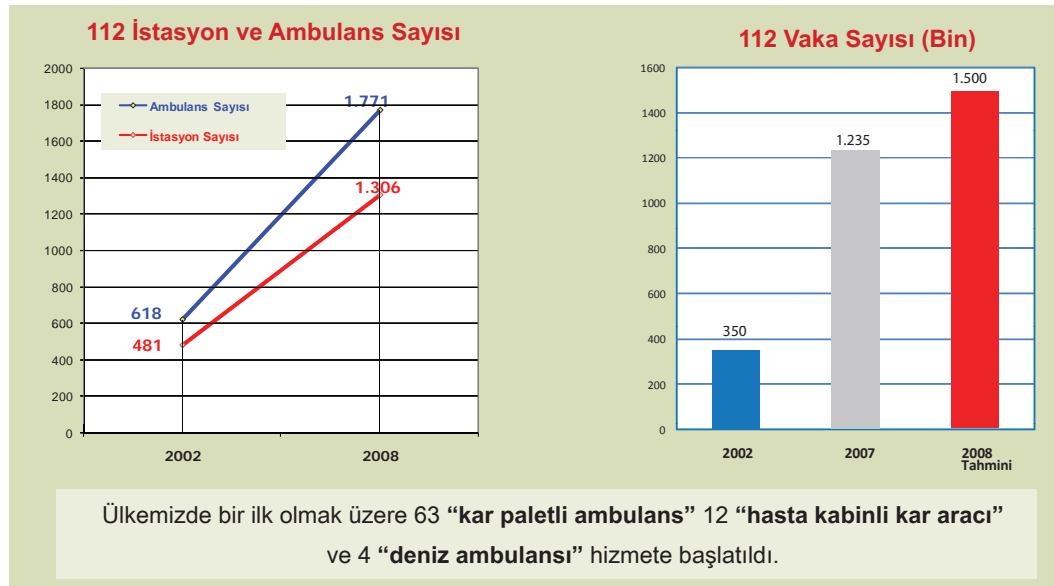
Son 5 yılda acil hasta taşıma hizmetleriyle ilgili gücümüz üç kat gelişti. Artık vakaların %90'ına ilk on dakikada ulaşılabilir. 2003 yılı başında 618 olan tam donanımlı 112 ambulansı sayısı bugün 1.771'e ulaşmıştır. 2003 yılı başında 481 olan istasyon sayısı geçen süre içinde 1.306'ya çıkarılmış ve bu konudaki hedefe ulaşılmış oldu.

112 acil sağlık hizmetlerinde kullanılan tüm ambulanslarımızda Avrupa Standardı sağlandı. Hastaların sarsıntısız naklini sağlayan süspansiyonlu sedye sistemleri, ventilatör cihazları, defibrilatör gibi yoğun bakım imkânları sağlayan cihazlar ile personel ve hastanın güvenlik ve konforunu sağlayan yeni donanımlar uygulamaya kondu. Ambulanslarımıza kasko sigortası yaptırılması sağlandı ve bu sayede kazalarda ambulanslarda görev yapan personel ve hastalarımız teminat altına alınmış oldu.



Coğrafya ve iklim şartları sebebiyle ulaşımda güçlük çekilen bölgelerde kullanılmak üzere kar paletli ambulanslar ile hasta kabinli kar araçları (Snow-track) vatandaşlarımızın hizmetine sunuldu. Bu sayede hastaların kızaklarla veya ilkel usullerle hastaneye nakledilmesi sona ermiş oldu.

112 Acil sağlık hizmetlerinden yararlanan kişi sayısı 2002 yılında 350 bin iken, 2007 yılında 1 milyon 235 bin kişiye ulaşılmıştır., 2008 yılında 1 milyon 500 bin kişiye yani 2002'ye kıyasla 4 katına ulaşması beklenmektedir. 2002 yılında kırsalda yaşayan vatandaşlarımızın sadece %20'si 112 acil hizmetlerinden yararlanırken; bugün hizmet verilmeyen bölge kalmamıştır.



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.

112 Artık Uuyor...

2008 yılı Ekim ayından itibaren “hava ambulans sistemi”ni Türkiye’de bir ilk olmak üzere Ankara, İstanbul ve Erzurum illerimizde başlattık. 2009 yılı sonuna kadar helikopter ambulans sayısı 17’ye çıkacak olup 3 adet uçak ambulans da hizmete alınacaktır.

Hava ambulanslarının, hasta nakli, nakil esnasında tıbbi destek, gerektiğinde yeni doğan bebekleri küvöz içinde taşımak, organ nakli amaçlı acil taşıma, kitle-sel yaralanmalarda ilk yardım ve taşıma, acil durumlarda ilaç, numune, kan türevleri, sağlık malzeme ve ekipmanlarını taşımak ve gerektiğinde sağlık personeli taşımak gibi görevleri bulunmaktadır.



BAşARI ÖYKÜSÜ

112 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ

1994 yılında, vatandaşların acil hastalık ve yaralanma hallerinde başvuracağı bir merkezin kurulması ve hastalara olay yerinde ilk tıbbi müdahalenin yapılarak uygun tedavi göreceği bir merkeze ulaştırılması amaçıyla 112 acil sağlık hizmetleri tesis edilmiştir.

Acil sağlık hizmetlerinin önemi son yıllarda daha iyi anlaşılmış ve son 6 yılda önemli gelişmeler kaydetmiştir. Yoğun alışmalar ve personelimizin üstün gay-

retleri ile acil sağlık hizmetlerini dünya standartlarının üzerine çıkaran başarı hikâyesinin basamaklarını şöyle sıralayabiliriz:

- 2002 yılı sonunda 481 olan istasyon sayısını 2008 Kasım ayında 1306'ya çıkardık
- 2002 yılı sonunda 618 olan acil yardım ambulansı sayısını 1771'e çıkardık
- 2002 yılı sonunda 140.000 kişiye bir istasyon hizmet vermekteyken şu an 50.000 kişiye bir istasyon hizmet vermektedir.
- 2002 yılı sonunda 380.000 kişiye acil yardım hizmeti sunulmuşken 2008 yılında 1 milyon 350 bin kişiye acil yardım hizmeti verildi. Son beş yılda 112 acil sağlık hizmetlerinden faydalanan kişi sayısı %180 arttı
- 2002 yılında kırsalda yaşayan vatandaşlarımızın sadece %20'si 112 acil sağlık hizmetlerinden yararlanıyordu. Bugün hizmet verilmeyen bölgemiz kalmamıştır.
- 2003 yılında çıkardığımız Bakanlar Kurulu Kararı ile Sağlık Bakanlığına ait resmi ambulansların otoyol ve boğaz Köprülerinden geçişlerinde, ücret ödenmesini kaldırdık. Böylece hastaların zaman kaybetmelerini önledik.
- 2004 yılında Bakanlar Kurulu Kararı çıkararak ambulans hizmetlerinden ücret alınmamasını kural haline getirdik.
- Gelişmiş ülkelerde olduğu gibi ambulansların asli personeli olan Paramedik ve Acil Tıp Teknisyenlerine müdahale yetkisi verdik ve 2004 yılından itibaren ilk defa bu meslek grubuna Sağlık Bakanlığı bünyesinde görev verdik.
- 112 acil sağlık hizmetlerinde kullanılan ambulanslara Kasko Sigorta yaptırılmasına imkân vererek vatandaşlarımız ve sağlık personelimizin can ve mal güvenliğini teminat altına aldık.
- Yoğun kış şartlarının yaşandığı bölgelerde kullanmak üzere her türlü coğrafi ve iklim şartlarına uygun kar paletli ambulanslar ve snow-track araçları satın aldık. Böylece yoların kapalı olması nedeniyle vatandaşlarımızın hayatını kurtarmak için önüne çıkan engelleri bir bir kaldırdık.
- 2007 yılında ilk 10 dakikada ambulansla vakalara ulaşma ortalaması %92 olmuştur. Bu oran gelişmiş ülkelerin ulaştığı oranlarla aynıdır.
- Ambulans donanımlarında Avrupa standartlarını sağladık, hastaların sarsıntısız naklini sağlayan süspansiyonlu sedye sistemleri ile personel ve hastanın güvenlik ve konforunu sağlayan yeni donanımlar kullanmaya başladık. Ambulanslarımızı yoğun bakım imkânı sağlayan cihazlarla donattık.

- Bakanlığımızca yaptırılan 4 adet hızlı deniz botunu ambulans haline getirerek; İstanbul Sarıyer, Balıkesir Marmara Adası, Çanakkale merkez ve Gökçeada'da 2007 yılı Temmuz ayından itibaren hizmete başlattık.
- 2008 yılı başında 81 ilimizin Komuta Kontrol Merkezlerinin dijital alt yapılarını tamamladık. Bu sayede komuta merkezinden tüm ambulansların takibini, hastanelerdeki boş yatak durumlarının tespitini anlık olarak gerçekleştirmeye başladık.
- 2008 yılında Ankara, Erzurum ve İstanbul illerinden başlamak üzere ambulans helikopterleri göreve başlattık.
- 2009 yılından itibaren uçak ambulanslar ile motosikletli acil sağlık ekiplerini hizmete başlatmak üzere tüm hazırlıklarımızı tamamladık.
- Artık karada, havada ve denizde, yurdumuzun neresinde olursa olsun acil yardıma ihtiyaç duyanlara en kısa sürede, donanımlı ve eğitimli ekiplerimizle kanatlanarak yetişmenin mutluluğunu yaşıyoruz.

Tele Sağlık Acil Çağrı Merkezi

Tele Sağlık Acil Çağrı Merkezimiz seyir halindeki Türk, yabancı hava ve deniz araçları yetkili personeline her türlü sağlık ve/veya hastalık ile ilgili soru ve sorunlarında 20 Aralık 2006 tarihinden itibaren danışmanlık hizmeti vermektedir.

İstanbul Büyükdere, Gökçeada, Marmara Adası ve Çanakkale'de konuşlandırılan tam donanımlı deniz ambulanslarımız ile tahliye kararı verilen hastaların transportu sağlanmaktadır.

Afetlerde Sağlık Organizasyonu

Yaşadığımız afetlerden elde edilen tecrübeler afetlere karşı daha güçlü ve hazırlıklı olmamız gerçeğini bir kez daha ortaya çıkarmıştır. Özellikle 1999 Marmara depremi sonrasında profesyonel medikal kurtarma ekiplerinin eksikliği hissedilmiştir. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğümüz bünyesinde Afetlerde Sağlık Organizasyonu Daire Başkanlığı kurulmuştur. Afetler ve diğer olağandışı olaylarda



gerekli tıbbi hizmetleri yürütmek üzere 81 ilde, kısa adı UMKE olan Ulusal Medikal Kurtarma Ekipleri oluşturulmuştur.

2008 yılında afetlerde sağlık organizasyonu ile hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin tek elden ve planlı yapılması, afetlerde profesyonel anlamda medikal kurtarma ve müdahale hizmetlerinin daha hızlı ve etkili olması amacıyla Acil ve Afet Daireleri birleştirilerek Acil ve Afetlerde Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı şeklinde yapılandırılma gerçekleştirilmiştir..

Bugün itibariyle profesyonel anlamda medikal kurtarma ve müdahale hizmetlerinde görev yapmaya hazır 2.526 UMKE personeli mevcuttur.

UMKE ekiplerimiz özellikle deprem gibi felaketler sonrası enkaz içerisinde sıkışmış veya çıkarılması zaman alacak afetzedelerin medikal tedavilerini olay yerinde yapacak kapasitede bilgi ve malzeme ile donanımlıdır. Böylece afetzedelere olay yerinde müdahale ederek doğru olmayan ya da gecikmiş kurtarmaya bağlı oluşacak ölüm ve sakatlıkları en aza indirmek hedeflenmiştir.

UMKE ekiplerimiz aldıkları eğitim ve özel donanımları ile organizasyon yapısı ve sayısı bakımından dünyanın en büyük medikal kurtarma ekibidir.

UMKE ekipleri temel ve tamamlayıcı eğitim almaktadır. Eğitimlerin kapsamı aşağıdaki gibidir;

Temel eğitim konuları

- Afet ve olağandışı durumlara genel bakış eğitimi
- Türkiye afet ve kriz yönetim sistemi
- Afetlerde sağlık hizmetleri;
- Afet ve olağandışı durumlarda sağlık risk yönetimi,
- Afet ve olağandışı durumlarda çalışma prensipleri
- Acil tıbbi müdahale eğitimleri;
- ilkyardım eğitimi
- Temel ve ileri yaşam desteği (teorik) eğitimi
- Temel ve ileri yaşam desteği (pratik) eğitimi
- alternatif ateller ile hasta/ yaralı sabitlenmesi,
- Sedyeleme ve taşıma teknikleri eğitimi

Geliştirme eğitimleri

- Sağlık afet yönetimi
- Su kurtarma eğitimi
- Hava kurtarma eğitimi
- KBRN eğitimi
- Kar/dağ kurtarma eğitimi
- Mobil ve sahra hastanesi eğitimleri

- Çoklu yaralanmalı kazalara müdahale eğitimi
- Triaj eğitimi
- Crush sendromu eğitimi
- Afet lojistik eğitimi
- Afet psikolojisi eğitimi
- Temel kampçılık, afet ve olağan dışı durumlarda hayatı idame ettirme ve fiziki kondisyon eğitimi
- İletişim, haberleşme ve uluslar arası işaretler eğitimi
- Afet ve olağandışı durum tatbikat eğitimi
- Afetle ilgili ulusal ve uluslararası kuruluşlar ve işbirliği eğitimi
- Ülkemizin afet riski özellikleri dikkate alınarak, risk bölgelerine özel olarak branşlaşmış UMKE timlerinin oluşturulması için eğitim ve uygulama faaliyetlerini geliştirerek sürdürmekteyiz.



Afetlerde kullanılmak üzere “mobil acil sağlık müdahale üniteleri” oluşturulmuş durumdadır. Bu ünitelerin risk analizine göre belirlenen koordinatör illere dağıtımını 2009 yılı içerisinde tamamlanmış olacaktır. Böylece afetten hemen sonra

sağlık hizmetlerini olay yerinde tesis edeceğimiz ünitelerde yapabileceğimiz için, geç müdahaleye bağlı sakatlık ve ölümlerin önüne geçmiş olunacaktır, aynı zamanda hastanelerde oluşabilecek yığılmalar azalacak ve afetzedelere en kısa sürede tedavi imkânı sağlanmış olacaktır.

BAŞARI ÖYKÜSÜ

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” nı kurduk.

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

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

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

Yurtdışı

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

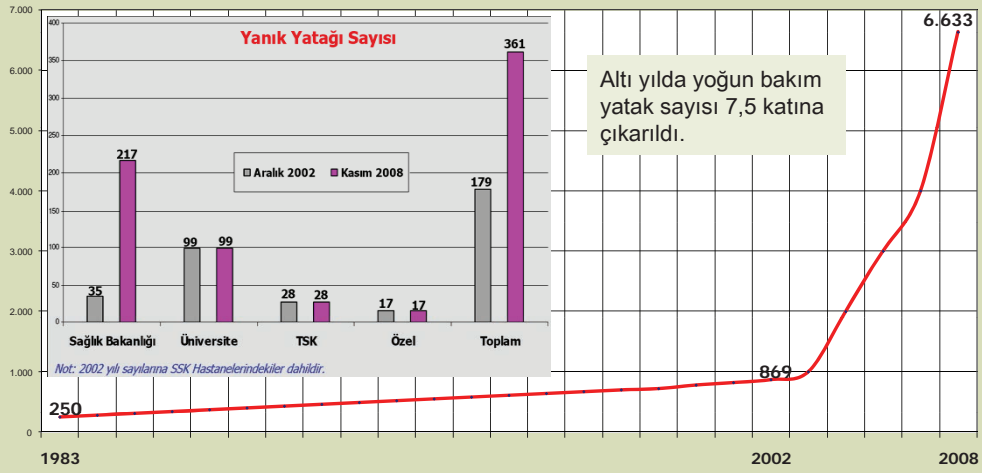
Yurtiçi

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

Genel Yoğun Bakım ve Yanık Yatak Sayısı

Acil ve ilk yardım sağlık hizmetlerindeki önemli gelişmeler sonucunda hastaların, sağlık kuruluşlarına nakli hızlanmış olup hastanelerimizde yoğun bakım ve yanık yatak sayılarında ihtiyaçlar ortaya çıkmıştır. Bu çerçevede yoğun bakım ve yanık yatak sayılarında artış sağlamak amacıyla harekete geçilmiş ve sayısal bazda önemli artışlar olmuştur. Genel yoğun bakım sayısı 2008 yılı Kasım ayında, 2002 Kasım ayına göre 7,5 kat artış göstermiştir.

Sağlık Bakanlığı Hastanelerindeki Genel Yoğun Bakım Yatak Sayısı

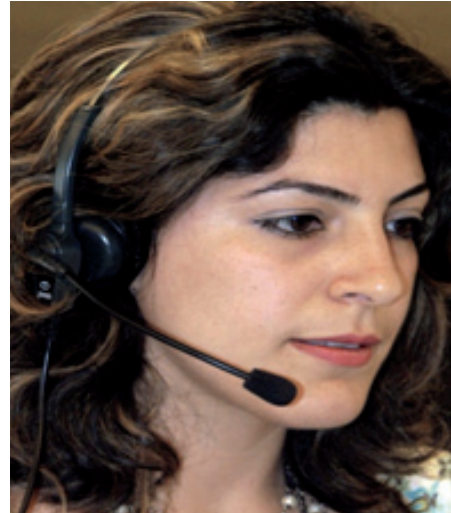


Not: Rakamlara devralınan SSK hastanelerimiz dahildir.

Zehir Danışma Hizmetleri

Ülkemizde, başta hekimler olmak üzere, hem sağlık çalışanlarına hem de halka yönelik olarak 24 saat esasıyla hizmet veren alanındaki tek birim Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığının bünyesindeki Ulusal Zehir Danışma Merkezi (UZEM)'dir.

2007 yılında 497.027 çağrının yapıldığı UZEM, 76.508 zehirlenme vakasına tıbbi danışmanlık hizmeti vermiştir.

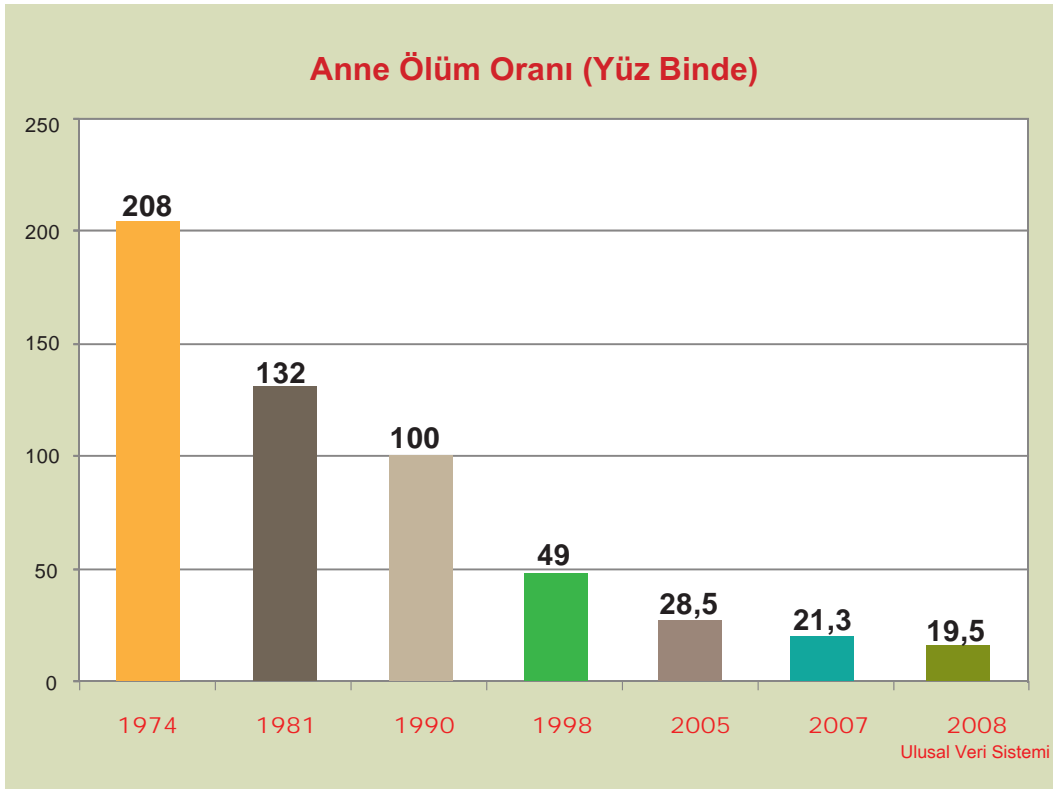


Ayrıca, ülkemizde meydana gelen zehirlenmelerde (mantar zehirlenmeleri, botulizm, pestisit zehirlenmeleri, terapötik ilaç zehirlenmeleri vb.) ihtiyaç görülen antidotların tedarik edilerek gerek duyulan hastalara ulaştırılması işlemleri de bu Merkez tarafından yürütülmektedir.

c) Geleceğimizin Teminatı: Anne ve Çocuk Sağlığı

Önemli bir kalkınma göstergesi olan anne ölüm oranı, üreme sağlığı hizmetlerinin yürütülmesi ve kalite seviyesi ile yakından ilişkilidir. Bu nedenle, sağlık alanındaki uluslararası kuruluşlar anne ölüm oranını ciddi bir biçimde izlemektedirler.

Türkiye'deki anne ölümlerini nedenleri ile birlikte ortaya koyan "Ulusal Anne Ölümleri Çalışması 2005" sonuçlarına göre, Ülkemizde Anne Ölüm Oranı yüz binde 28,5'tir. Bu araştırmadan edinilen dersler ışığında Anne Ölümleri Veri Sistemi oluşturulmuş, nedenlerine göre anne ölümleri toplanmaya başlanmıştır. Ülkemizde 2007 yılında 285 anne ölümü mevcut olup, 2007 yılı için anne ölüm oranımız yüz binde 21,3'tür. 2008 yılı, ulusal veri sistemine göre yüz binde 19,5'tir.



ANNELER ANNELİKLERİNİ YAPABİLECEK...

ANNE ÖLÜMLERİNİ ÖNLEME YOLUNDA, HEDEFE ADIM ADIM...

Gebelik süresince, doğum sırasında ve sonrasında sağlık hizmetlerine erişme, sağlık hizmetlerinden faydalanma ve bu hizmetlerin kalitesi ile; daha geniş çerçeveden bakıldığında kadının eğitimi, toplumsal cinsiyet eşitliği ve sosyal şartlar anne ölümlülüğü ile ilişkilidir. Bu özelliği ile anne ölümlerinin oranı bir kalkınma göstergesi olarak kullanılmaktadır. Anne ölümleri gebelik, doğum, doğum sonrası 42 günlük süreçte meydana gelen kadın ölümlerini kapsamaktadır.

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

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

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

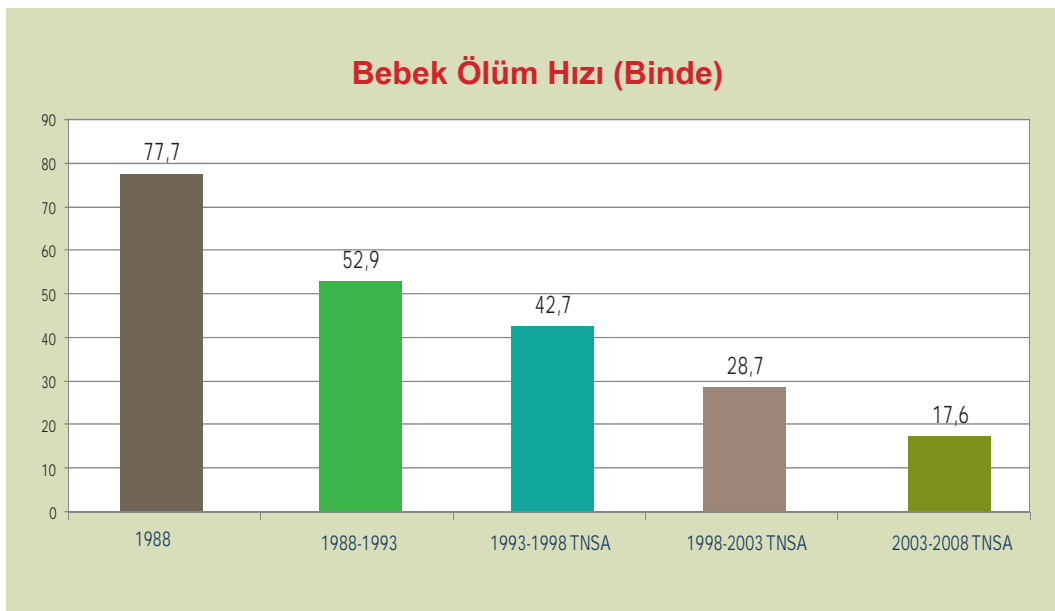
Söz konusu çalışma bilimsel yeterlilik anlamında Cumhuriyet döneminin tek çalışmasıdır. Bu araştırma ile 2005-2006 yıllarında anne ölüm hızının yüz binde 28.5 olduğu tespit edilmiştir. Türkiye hem ilk kez geniş boyutlu bir saha araştırmasıyla anne ölümlerindeki güncel ve gerçek rakamlara

ulaşmış; hem de anne ölümlerini azaltmadaki başarısını Avrupa ortalamasına çok yakın bulunan anne ölüm hızıyla ortaya koymuştur.

2005 Türkiye Anne Ölümü Araştırmasının ardından, araştırmadaki sistem baz alınarak revize edilen Anne Ölümü Veri Sistemi ile 81 ilden 12-50 yaş Kadın ölümleri içinde yer alan anne ölümlerine ait veriler toplanmaktadır. Bu kapsamda 2008 yılı anne ölüm hızı 100 binde 19,5 tir. Hedefimiz 2010 yılında anne ölümlerini 100 binde 15'in altına indirmektir.

Bebek ölümleri daha önce 5 yılda bir yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA) ve diğer araştırmalarla takip edilmekte iken bugün artık rutin izlem programları kapsamına alınmıştır. Her bir anne ve bebek ölümünün nedenleri araştırılarak aynı nedenle başka anne ve bebeklerin ölmemesi için tedbirler alınmaktadır.

Bebek ölümleri daha önce 5 yılda bir yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA) ve diğer araştırmalarla takip edilmekte iken bugün artık rutin izlem programları kapsamına alınmıştır. Her bir anne ve bebek ölümünün nedenleri araştırılarak aynı nedenle başka anne ve bebeklerin ölmemesi için tedbirler alınmaktadır.



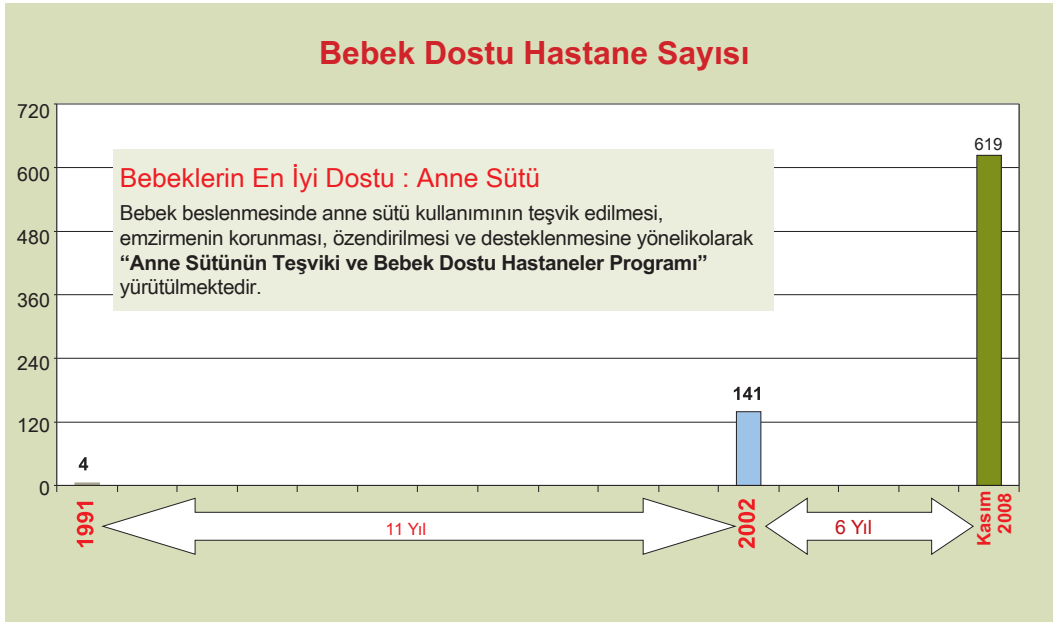
2007 Yılı Bebek Ölümlerinde Dünya Ülkeleri Arasındaki Yerimiz

| | |
|--------------------------------|-----------|
| TÜRKİYE (Binde) | 22 |
| DÜNYA ORTALAMASI (Binde) | 49 |
| GELİR DURUMU (Binde) | |
| Düşük Gelir Grubu | 73 |
| Düşük Orta Gelir Grubu | 27 |
| Yüksek Orta Gelir Grubu | 22 |
| Yüksek Gelir Grubu | 6 |
| WHO BÖLGELER GRUBU (Binde) | |
| Afrika Bölgesi | 94 |
| Amerika Bölgesi | 18 |
| Güney Doğu Asya Bölgesi | 52 |
| Avrupa Bölgesi | 14 |
| Doğu Akdeniz Bölgesi | 62 |
| Batı Pasifik Bölgesi | 20 |

UNICEF'in 2009 yılı Dünya Çocuklarının Durumu Raporuna göre Türkiye 5 yaş altı çocuk ölümlülüğünü azaltmada en başarılı ülkeler arasında 6. sırada yer almaktadır.

5 Yaş Altı Çocuk Ölümlerinde Yıllık Azalma Oranlarına Göre Ülke Sıralaması (2007)

| ÜLKELER | 5 YAŞ ALTI ÇOCUK ÖLÜMÜ 1990 | 5 YAŞ ALTI ÇOCUK ÖLÜMÜ 2007 | ORTALAMA YILLIK AZALMA ORANI 1990-2007 | 1990 YILINA GÖRE GELİŞME (%) |
|----------------|-----------------------------|-----------------------------|--|------------------------------|
| Tayland | 31 | 7 | 8,8 | 77 |
| Peru | 78 | 20 | 8,0 | 74 |
| Maldivler | 111 | 30 | 7,7 | 73 |
| Portekiz | 15 | 4 | 7,8 | 73 |
| Vietnam | 56 | 15 | 7,7 | 73 |
| TÜRKİYE | 82 | 23 | 7,5 | 72 |



Dünyadaki bebek ölümlerinin yarısından fazlasında temel neden beslenme yetersizlikleridir. Günümüzde güvenli ve sağlıklı beslenme her insanın vazgeçilmez hakkı olarak görülmektedir. Bakanlığımız bunu dikkate alarak beslenme programlarına özel bir önem vermektedir. Bebek beslenmesinde ilk 6 ay sadece anne sütü yeterli olmaktadır. İlk 6 aydan sonra uygun ek gıdalara geçilmesi, vitamin ve mineral eksikliklerine özellikle dikkat edilmesi gerekmektedir. Bu çerçevede “ Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Hastaneler” , “Demir Gibi Türkiye” , “Bebeklerde D Vitamini Yetersizliğinin Önlenmesi ve Kemik Sağlığının Geliştirilmesi Programı” ve “İyot Yetersizliği Hastalıkları ve Tuzun İyotlanması Programı” gibi bir dizi program yürütülmektedir.

Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Hastaneler Programı

Anne sütü bebek için en yararlı besin olmanın yanında, anne ile bebek arasındaki o güçlü bağı daha da kuvvetlendirdiği için vazgeçilmezdir. Bakanlığımız anne sütünün bu mucize yararlarının farkında olarak anne sütü programı kapsamında gerçekleştirdiği faaliyetleri sürekli yenilemekte, güncellemekte ve daha fazla bebeğin anne sütü ile buluşturulması için sağlık personeli ve halka yönelik çalışmalarına hızla devam etmektedir.

Bu çalışmalar neticesinde ilk altı ay sadece anne sütü ile beslenme oranları 2003 TNSA’nda %20,8 iken, 2008 TNSA’nda %40,4’e yükselmiştir.

“Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Hastaneler Programı” kapsamında, 2004 yılında “Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları Programı”na hız verilmesi ve doğum yapılan bütün hastanelere tek tek ulaşılması hedeflenmiştir.

Bu amaçla, Üniversiteler ve diğer sağlık kuruluşları ile özel sektör ve gönüllü kuruluşlarla işbirliği yapılmıştır. Bu güzel işbirliğinin sonuçları da son derece olumlu olmuştur. Bebek dostu olan hastane sayımız 2002’de 141 iken Kasım 2008’de 619’a çıkarılmıştır. Bebek dostu il sayımız ise 76’ya ulaşmıştır.

Demir Gibi Türkiye Programı

Demir eksikliği çocuklarımızın sağlıklı büyüme ve gelişmesini olumsuz yönde etkileyen faktörlerdendir. Bu olumsuzlukları önlemek, bütün bebeklerin demir yetersizliği yönünden taranmasını sağlamak, 4-12 ay arası anemisi olmayan bebeklere koruma amaçlı demir desteği vermek ve 4-24 ay arası anemisi olan bebeklere demir tedavisini başlamak ve sürdürmek gibi amaçlarla Nisan 2004’te “Demir Gibi Türkiye” programını başlattık. Bu tarihten itibaren bebeklerimize ücretsiz demir damlası dağıtmaya başladık. Hedef kitlemizin %91’ine bu imkânı sağlıyoruz. Amacımız bu rakamı % 95’lerin üzerinde tutmaktır.

Ülkemizde bebeklerde demir eksikliğinin %30’ların üzerinde olduğu bilinmekteydi. 2006 yılında gerçekleştirilen ve 2007 yılında ileri analizleri devam eden Demir Araştırması sonuçlarına göre, demir eksikliğinin %7’lere düştüğü ortaya konmuştur.

DEMİR GİBİ TÜRKİYE

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

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

Çocuklarda demir eksikliği anemisi en sık 6–24 ay arasında görülmektedir. Bu yaşlar çocukların büyüme ve gelişmesinin en hızlı olduğu dönemdir. Bu dönemde ortaya çıkan beslenme bozuklukları ve demir eksikliği çocukların ileri dönemdeki

zihinsel, fiziksel ve sosyal gelişmeleri üzerine olumsuz etkiler yapmaktadır. Bu olumsuz etkilerin ortaya çıkmasını önlemenin en kolay yolu çocukları demir eksikliği anemisinden korumaktır.

Bu önemli halk sağlığı sorununun çözümü için ülke düzeyinde; toplumun demir yetersizliği konusunda bilinçlendirilmesi, bebeklerin ilk 6 ay anne sütü alması ve 6. ayın sonunda uygun ve yeterli miktarda ek besine geçilerek, emzirmenin 2 yaşına kadar sürdürülmesi, 4-12 ay arası her bebeğe koruyucu amaçlı ücretsiz demir desteği sağlanması ve 13-24 ay arası anemisi olan bebeklere demir tedavisi önerilmesi amacıyla “Demir Gibi Türkiye Programı”nı başlattık. Program başlangıcından bugüne kadar 5 milyon 80 bin bebeğe demir desteği sağladık.

Demir Gibi Türkiye programının ardından Gebelerde Demir Destek programını da başlatarak, kapsamı daha da genişlettik. Programın başlangıcından bugüne kadar gebelere 4 milyon 980 bin 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” yapıldı. Henüz yayınlanmamış araştırmanın ön sonuçlarına göre 12-23 aylık çocuklarda anemi sıklığı %30’lardan % 7,8’e inmiştir. Bebeklerimizin daha sağlıklı olmaları ve bilişsel açıdan potansiyellerine erişme yolunda katettiğimiz mesafe bu sonuçlarda açıkça görülmektedir.

Bebeklerde D Vitamini Yetersizliğinin Önlenmesi Ve Kemik Sağlığının Korunması Programı

Bebeklerin kemiklerinin de beyinleri kadar iyi gelişmesi için anne sütü ve demir desteğinden sonra D vitamini desteği de uygulamaya konulmuştur.

D vitamininin başta vücudun kalsiyum dengesinin korunması, kemik ve kas sağlığı olmak üzere, otoimmün hastalıkların önlenmesi ve kötü huylu hücre artışının önlenmesi gibi önemli görevleri vardır. D vitaminin subklinik yetersizliği yaygın olarak gözlenmekte ve yetersizliğinin yarattığı sonuçlar bebek ve çocuk sağlığını olumsuz etkilemektedir.

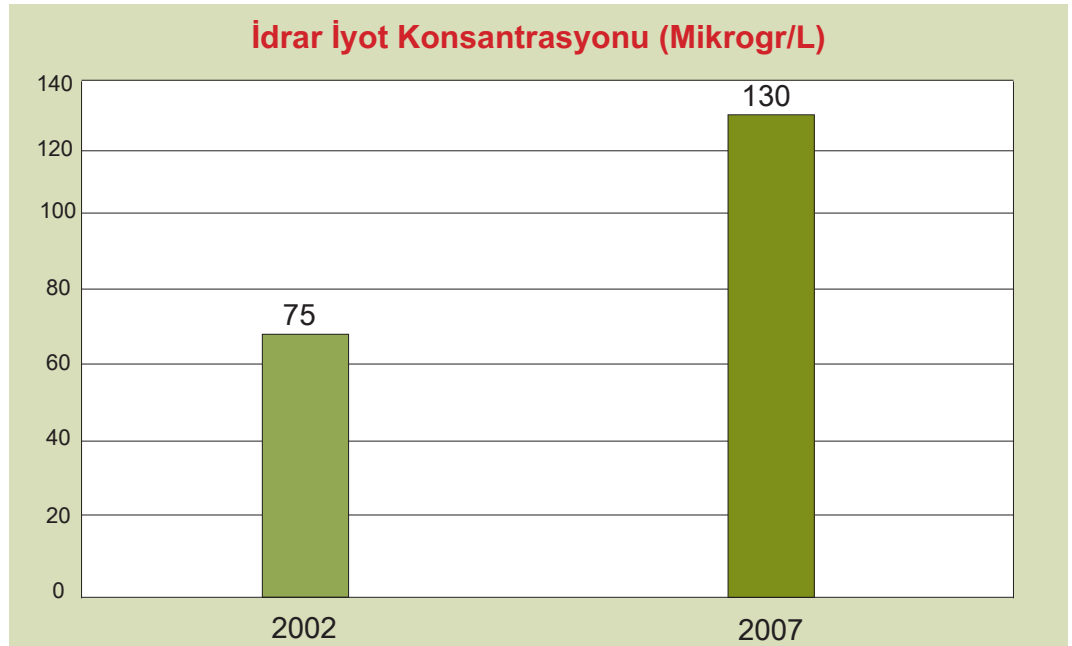
Sorunun çözümüne yönelik olarak “Bebeklerde D Vitamini Yetersizliğinin Önlenmesi Ve Kemik Sağlığının Korunması Programı” başlatılmıştır. Bebeklerimizin kemik gelişimini destekleyen D vitamini ücretsiz dağıtmaya başlanmış ve hedef kitlemizin %91’ine bu hizmet ulaştırılmıştır. Hedefimiz bu rakamı %95’lerin üzerinde tutmaktır.

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesinde yapılan bir çalışmada 1998 yılında 0-3 yaş arası çocuklardaki vitamin D eksikliğine bağlı Raşitizm insidansı binde 61 iken bu oran 2008 yılı Şubat ayında binde 1'e düştüğü tespit edilmiştir.

İyot Yetersizliği Hastalıkları ve Tuzun İyotlanması Programı

Yetersizliği, dünyadaki önlenebilir zihinsel geriliğin başlıca nedeni olan İYOT, insan vücudunda çok az miktarda bulunan ve normal büyüme ve gelişme için gerekli olan eser bir elementtir.

Ülkemizde iyot yetersizliğine bağlı görülen guatr önemli bir halk sağlığı sorunu olup, iyot yetersizliğinin ciddi olduğu durumlarda; bebek ve çocuklarda büyüme geriliği, zekâ geriliği, okul çocuklarında başarısızlık, cücelik, gebelerde düşük ve ölü doğum yapma ile değişik yaş gruplarında guatr görülmesi söz konusu olmaktadır. "İyot Yetersizliği Hastalıkları ve Tuzun İyotlanması Programı" kapsamında yapılan çalışmalar sonucunda, 1995 yılında % 18.2 olan iyotlu tuz kullanım oranı 2002'de % 64'e, 2003 sonunda % 70'e çıkmıştır. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 2008 sonuçlarına göre de %85,4'tür.

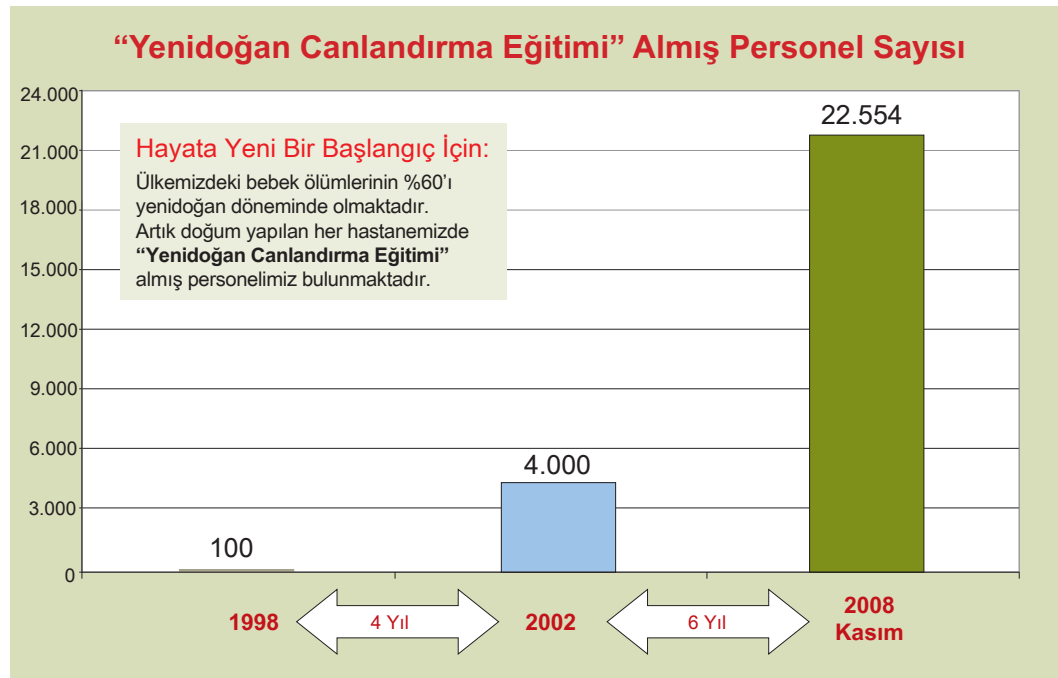
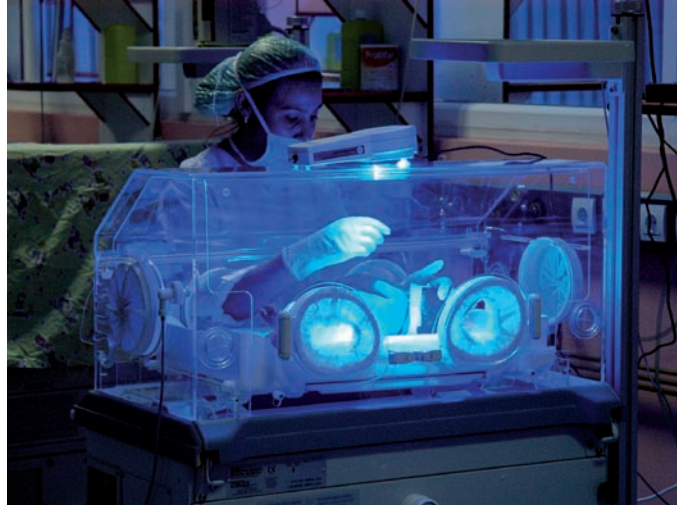


Ayrıca 2002 yılında 30 ilde 9-12 yaş okul çağı çocuklarında idrarda iyot düzeyine bakılarak yapılan iyot izleme araştırmasında ortalama idrar iyot düzeyi 75 mikrogr/L bulunmuştur. 2007 yılında çalışma aynı illerde tekrarlanmıştır. Ortalama idrar iyot düzeyinin 130 mikro gr/L'ye yükseldiği görülmüştür.

Yenidoğan Canlandırma Programı(Neonatal Resüsitasyon Programı)

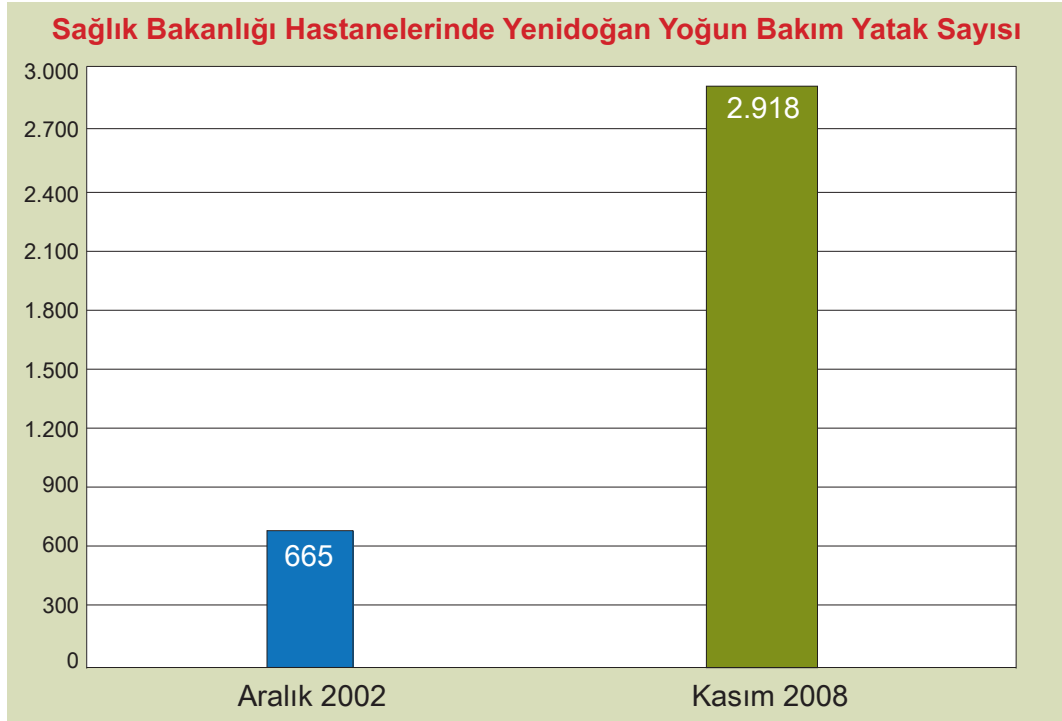
Bebek ölümlerinin %60'ı doğumu izleyen ilk günlerde olmaktadır. Dokuz aylık zorlu bir sürecin sonunda doğan bebeklerimize ilk dakikalarda gereken yardım ve bakımın sağlanması,yenidoğan ölümlerinin azaltılması, yenidoğana uygun yaklaşım ve etkili resüsitasyonun sağlanması amacıyla yürütülmekte olan "Neonatal Resüsitasyon Programı"(NRP) Sağlıkta Dönüşüm Programı döneminde daha da hızlandırılmıştır.

Yenidoğan canlandırma programının başlangıcından Kasım 2008'e kadar 22 bin 554 sağlık personeline eğitim verilmiştir.. Artık doğum yapılan tüm birimlerimizde eğitimli personeller hazır bulunmaktadır. Artık Özel hastanelerde de doğum salonunda çalışacak personelin NRP sertifikasına sahip olması istenmektedir.



Yenidoğan Yoğun Bakım Yatak Sayısı

Sağlık Bakanlığı hastanelerinde 2002 yılında 665 olan yenidoğan yoğun bakım yatak sayısı, Kasım 2008’de 2.918’ e çıkmıştır. 2002- 2008 yılları arasındaki artış oranı % 350 olmuştur Aynı yıllar baz alındığında Transport küvöz sayısı 158’ den 440’a ventilatör sayısı 252’den 491’ e çıkarılmıştır. Artış oranları sırasıyla % 170 ve %105 olmuştur. Yenidoğan yoğun bakımda çalışan hemşire sayısındaki artış oranı da % 155 olmuştur.



Yenidoğan Tarama Programları

Fenilketonüri, Konjenital Hipotiroidi ve Biotinidaz Taramaları

Yenidoğan bebeklerin hayata sağlıklı başlayabilmelerini sağlamak amacıyla ülke düzeyinde yenidoğan tarama programları hızlandırıldı, yaygınlaştırıldı, yeni eklemeler yapıldı. Daha önce başlatılmış olan fenilketonüri taraması yaygınlaştırıldı. Hayaati öneme sahip olan konjenital hipotiroidi taraması hızla ve yaygın bir biçimde başlatıldı. Böylece yakalandığında kolayca önlenebilen, ancak gözden kaçındığında telefisi imkânsız sonuçlar doğurarak zihinsel ve bedensel gelişme geriliğine yol açan fenilketonüri ve konjenital hipotiroidi’den bebeklerimiz büyük ölçüde korunmuş oldu. Fenilketonüri ve hipotiroidi taramalarında 2007 yılında hedef nüfusun %89’una ulaşıldı. 2008 yılı içinde diğer bir metabolik hastalık olan biotinidaz taraması, tarama programına eklenmiştir.

BAŞARI ÖYKÜSÜ

YENİDOĞAN CANLANDIRMA PROGRAMI
(NEONATAL RESÜSİTASYON PROGRAMI)

Toplumdaki ekonomik ve sosyal durumun iyileşmesi ve sağlık alt yapısının güçlendirilmesi ile bebek ve çocuk ölümlerinde önemli azalmalar gözlenir. Neonatal ve perinatal ölümler ise, sosyal ve ekonomik gelişmelere daha az duyarlıdır. Bu ölümler, erken tanı ve tedavi, gebelik ve doğum sırasında verilen bakımın iyileştirilmesi gibi sağlık ile doğrudan ilişkili önlemlerden daha fazla etkilenir.

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

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

Bu kapsamda oksijensizliğe bağlı ölümlerin ve sekellerin önlenmesi için, her doğum salonunda mutlaka, eğitilmiş en az bir sağlık personelinin bulunmasının amaçlandığı Yenidoğan Canlandırma Programını (NRP) 1998 yılında başlattık ve program kapsamında yer alan uygulayıcı ve eğitici eğitimlerini Türkiye geneline yaygınlaştırdık.

1998 yılında 4 uygulayıcı kursunda 103 kişinin eğitimiyle başladığımız bu yolculukta bugün 1.154 uygulayıcı kursunda 23.028 sağlık personeline (Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanları, Anestezi Uzmanları, Pratisyen Hekimler, Ebeler, Hemşireler, Anestezi Teknisyenleri...) ulaştığımız durumdayız. Eğitilen kişiler arasında Bakanlığımız personeli dışında Üniversiteler, Askeri Hastaneler ve özel hastanelerden de katılımcılar bulunmaktadır. Artık doğum yapılan tüm birimlerimizde eğitilmiş personel hazır bulunmakta ve özel hastanelerde de doğum salonunda çalışacak personelin NRP sertifikasına sahip olması istenmektedir.

Yalnızca Türkiye ile sınırlı kalmayıp, tüm Dünyadaki yenidoğan ölümlerinin önlenmesine de katkı sağlamak amacıyla Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti,

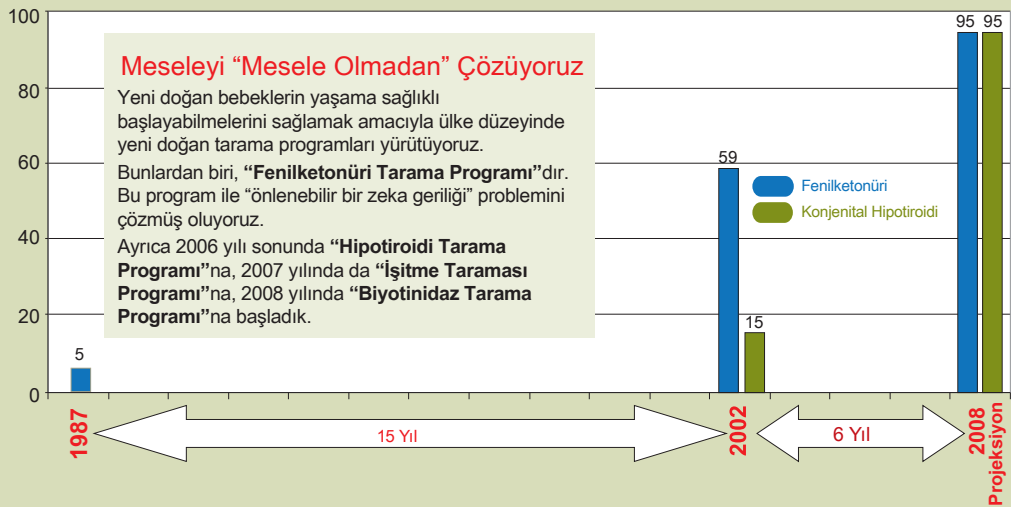
Afganistan ve Sudan’ da eğitimler gerçekleştirdik. Ayrıca Ankara’ da Azerbaycan, Özbekistan, Tacikistan, Kırgızistan, Gürcistan ve Irak’ ta görev yapan hekim ve yardımcı sağlık personeline de NRP Uygulayıcı Eğitimini verdik.

Uygulayıcı kursu almasının üzerinden 3 yıldan daha fazla süre geçmiş olan 700’ ün üzerinde sağlık personeline tekrar ulaşım güncelleme eğitimi verdik.

Doğum odasındaki herkesi hedefleyen bu programın ülkemizde doğumda gelişebilecek yenidoğan mortalitesini ve oksijensizliğin yol açacağı sekelleri en aza indirebilme konusunda önemli bir yer tuttuğu gerçektir. Şöyle ki; neonatal döneme yönelik yürütülen NRP ve diğer çalışmalar sonucunda (TNSA 1998–2003) bebek ölüm hızı binde 43’ den 29’a, postneonatal ölüm hızı 17’ den 12’ ye, neonatal ölüm hızı da 26’ dan 17’ ye düşmüştür. Yenidoğan dönemi ölümlerini biraz daha geçmişe doğru incelediğimizde neonatal ölüm hızınının 1993’ de binde 29’ dan 1998’ de ancak binde 26’ ya düşürülebildiğini, 1998–2003 arası süreçte ise binde 26’ dan 17’ ye düştüğünü görmekteyiz. Buradaki düşüş oldukça anlamlı olmakla birlikte elbette ki yeterli değildir.

Önlenebilir nedenlerle tek bir bebek bile kaybedilmeyinceye dek bu yolda yürümeye devam edeceğiz.

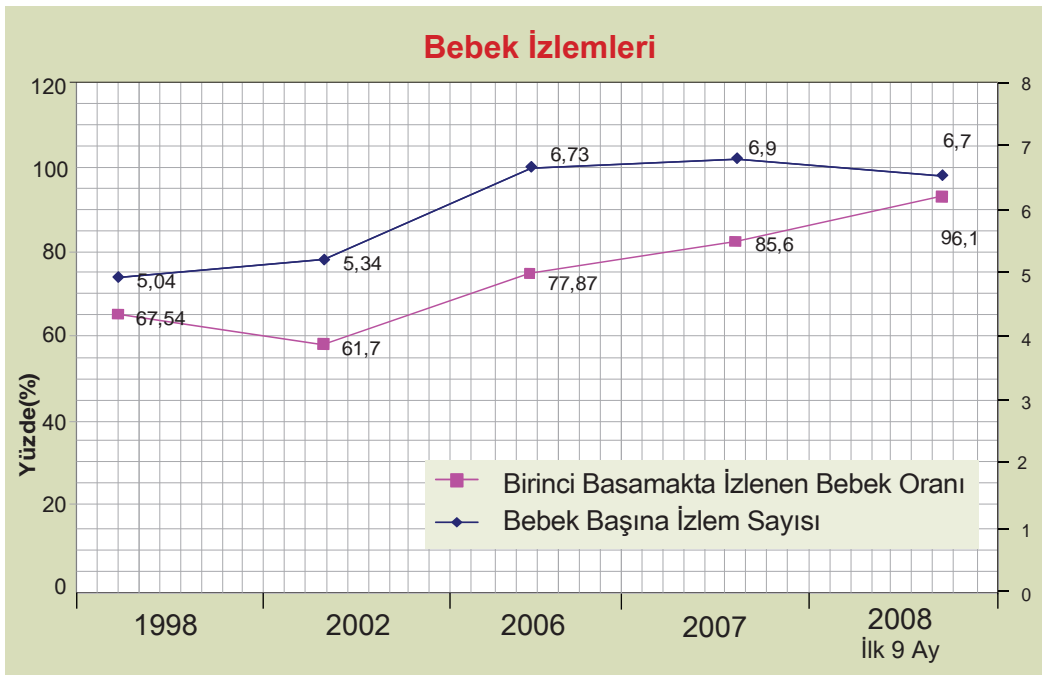
Fenilketonüri ve Konjenital Hipotiroidi Taraması Yapılan Yenidoğan Oranı (%)



Bebek İzlemleri

Bebeklerin sadece hastalandıklarında değil, sağlıklıyken de sağlık personeline izlenmesi onların hayatını kurtarmakta, hayata sağlıklı devam edebilmeleri için gerekli donanımın oluşmasında yardımcı olmaktadır.

İzlemin sayısı kadar niteliği de Bakanlığımız tarafından yakından izlenmektedir. Niteliği artırmak için bebek ve çocuk izlem protokolleri hazırlanmış ve illere gönderilmiştir. Her bebek ve çocuğun aynı sayıda ve kalitede izlenmesi Bakanlığımızın ana hedeflerinden biridir.



İşitme Taraması

Yenidoğan her bin bebekten 1-3'ü ileri derecede işitme kaybı ile doğmaktadır. Çocukluk döneminde geçirilen hastalıklar, kulak enfeksiyonları, kazalar ve kullanılan bazı ilaçlar nedeniyle bu oran %6'ya çıkmaktadır. İşitme engeli ile doğan bebeklerin erken dönemde tespit edilmesi amacı ile işitme taramalarının yapılması, kesin teşhis, işitme cihazı uygulaması ve gerekli rehabilitasyon çalışmalarının yapılmasını sağlamak üzere "Yenidoğan İşitme Taraması Programı" başlatılmıştır. Bu çalışma kapsamında, 75 ilde Bakanlığımıza bağlı 143 kurumda, Yenidoğan İşitme Taraması Ünitelerinin kurulması tamamlanmış ve işitme taramasına başlanmıştır. Programın başlangıcından Kasım 2008 sonuna kadar 730 bin bebeğimiz işitme taramasından geçirilmiştir.

Şartlı Nakit Transferi

Daha düne kadar vatandaşımız sağlık kuruluşlarının kapısından çevrilirken bugün, toplumun en yoksul %6'lık kesimindeki ailelere, gebe ve çocuklarının sağlık takiplerini yaptırmaları şartıyla her gebelik ve herbir çocuk için aylık 20 TL nakit para yardımı yapılmakta, doğumlarını sağlık kuruluşlarında yaptırmaları halinde gebelere ayrıca 60 TL yardımda bulunmaktadır. 2004 yılı Mart ayından bugüne kadar 1 milyon 600 bin vatandaşımız bu teşvikten yararlandırılmıştır.

Bilinçli Anne Sağlıklı Bebek Programı

Yataklı tedavi kurumlarında doğum yapan tüm annelere ulaşmak amacıyla 2004 yılında "Bilinçli Anne, Sağlıklı Bebek Programı" başlatılmıştır. 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 kadar 4 milyona yakın anneye rehber dağıtılmıştır.

Oyuncak ve Ek Gıda Güvenliği

Çocukların sağlığı açısından önemli bulunan konuların başında, onların tükettiği sağlıklı mamaların piyasaya sunumu ile çocukların zihin gelişimlerine önemli katkı sağladığı bilinen oyuncak güvenliğinin sağlanmasıdır.

Bu çerçevede, bebeklerin ve çocukların tükettiği mamaların kalitesine yönelik çalışmalarla birlikte, bu mamalarda çocukların sağlığını riske sokabilecek toksikolojik maddelerin analizlerinin yapılabilmesi için laboratuvar alt yapısı kurulmuştur.

Çocuklarımızın sağlığının korunması kapsamında oyuncaklar ile ilgili Avrupa Birliği normlarını dikkate alarak yasal düzenlemeler yapıldı. Sağlık açısından risk doğurabilecek, kontrolsüz oyuncakların piyasa gözetim ve denetiminin etkinliğinin artırılması amacıyla Bakanlığımız uzmanları tarafından illerde görev yapacak denetim elemanları yetiştirildi. Bebeklerimizin günlük kullanımında yer alan biberon başlığı ve emziklerde de Avrupa Birliği normlarına uygun standartlar yürürlüğe koyuldu.

d) Bulaşıcı Hastalıklarla Etkili Mücadele

Sıtma

DSÖ, bulaşıcı hastalıklar içerisinde sıtma hastalığını AIDS ve tüberküloz ile beraber ilk üç sırada değerlendirmektedir. Ülkemizde de geçmiş yıllarda önemli bir halk sağlığı sorunu olan sıtma hastalığını gündemimizden düşürmek için, DSÖ stratejileri ve Bakanlığımız politikaları çerçevesinde cesaretli ve akılcı adımlar atılmıştır.

Sıtma Savaş'ta Zaferin Adı: Kararlılık ve İstikrar

Yıllarca vektör mücadelesi için kullanılan insektisit grupları değiştirilerek daha etkili ve uygun ilaçların alınmasına özen gösterilmiştir. Vektör kontrolü amacıyla sıtma yoğun bölgelerde özel çalışma programları hazırlanmış ve bu programların kontrolü düzenli olarak yapılmıştır. Sıtma yoğun illerde koordinasyon sağlanarak ortak çalışma ve bilgi paylaşımları sağlanmıştır.. Sıtma hastalarının tespiti amacı ile sürveyans çalışmalarına ağırlık verilmiş, sürveyans ve tedavi hizmetlerini güçlendirmek amacı ile gezici ekipler artırılarak etkin bir şekilde görev yapmaları sağlanmıştır.. Sıtma tanısı alan hastaların tedavilerinde aksama olmamasına özen gösterilmiştir. Belediyeler ve ilgili kamu kuruluşları ile işbirliği içerisinde



çalışılmıştır. Tüm bu çalışmalar ile 2002 yılında 10 binin üzerinde olan sıtma vaka sayısı, 2007 yılında 313'e düşürülmüştür. Kasım 2008 sonu itibariyle ülke genelinde sıtma vakası 158'e kadar düşmüştür.

Ülkemizden sıtmayı elimine etmek için ülke stratejisi hazırladık. 2009 yılında başlatılması planlanan Sıtma Eliminasyon Programının nihai hedefi yerli sıtma bulaşını 2012'ye kadar ortadan kaldırmaktır.

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, DSÖ stratejileri ve Bakanlığımız politikaları çerçevesinde cesaretli ve akılcı adımlar attık.

Yıllarca vektör mücadelesi amacı ile kullanılan insektisit grupları değiştirilerek, daha etkili ve uygun ilaçların alınmasına özen gösterildi. Vektör kontrolü amacıyla sıtma yoğun bölgelerde özel çalışma programları hazırlanarak, bu programların kontrolü düzenli olarak yapıldı. Sıtma yoğun illerde koordinasyon sağlandı. Ortak çalışma ve bilgi paylaşımları oluşturuldu. Sıtma hastalarının bulunması amacı ile aktif 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 yoğun bölgeye sıtma sezonu boyunca geçici işçiler görevlendirildi. Belediyeler ve ilgili kamu kuruluşları ile işbirliği içerisinde çalışıldı.

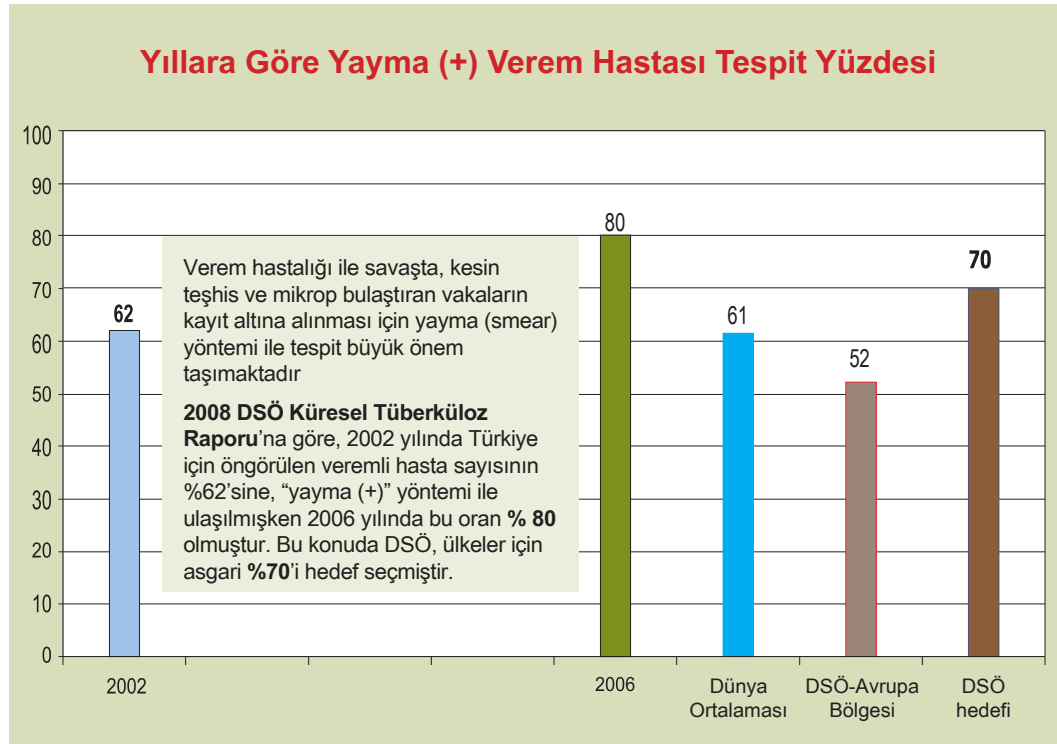
Yaptığımız ve geliştirdiğimiz etkili mücadele ile 2002 yılında 10.224 olan sıtma vaka sayısı 2007 sonu itibariyle 313'e düştü...2008 yılı Kasım ayı sonu itibariyle ise 158 vakaya düşürülerek sıtma da eliminasyon aşamasına gelindi.

Verem

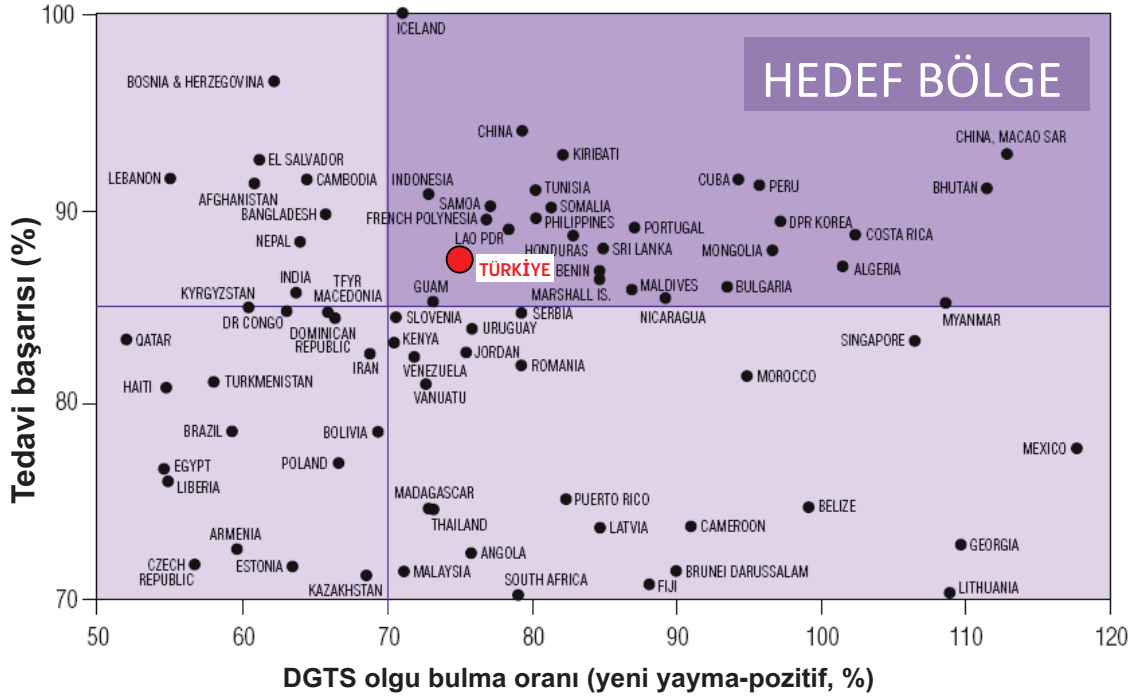
Verem (tüberküloz) insanlık tarihi kadar eski bir hastalık olmasına rağmen hala tüm dünyada bir halk sağlığı sorunu olarak önemini korumaktadır. DSÖ'nün raporlarına göre dünya nüfusunun 1/3'ü verem hastası olmaksızın verem mikrobunu almış durumdadır.

Ülkemizde verem mücadelesi, 243 Verem Savaşı Dispanseri, 22 Bölge Tüberküloz Laboratuvarı, 4'ü Çok İlaça Dirençli Tüberküloz (ÇİD-TB) Referans Merkezi, 22 Göğüs Hastalıkları Hastanesi yanında tüm birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşlarını içerecek şekilde Ulusal Tüberküloz Kontrol Programı (UTKP) çerçevesinde yürütülmektedir.

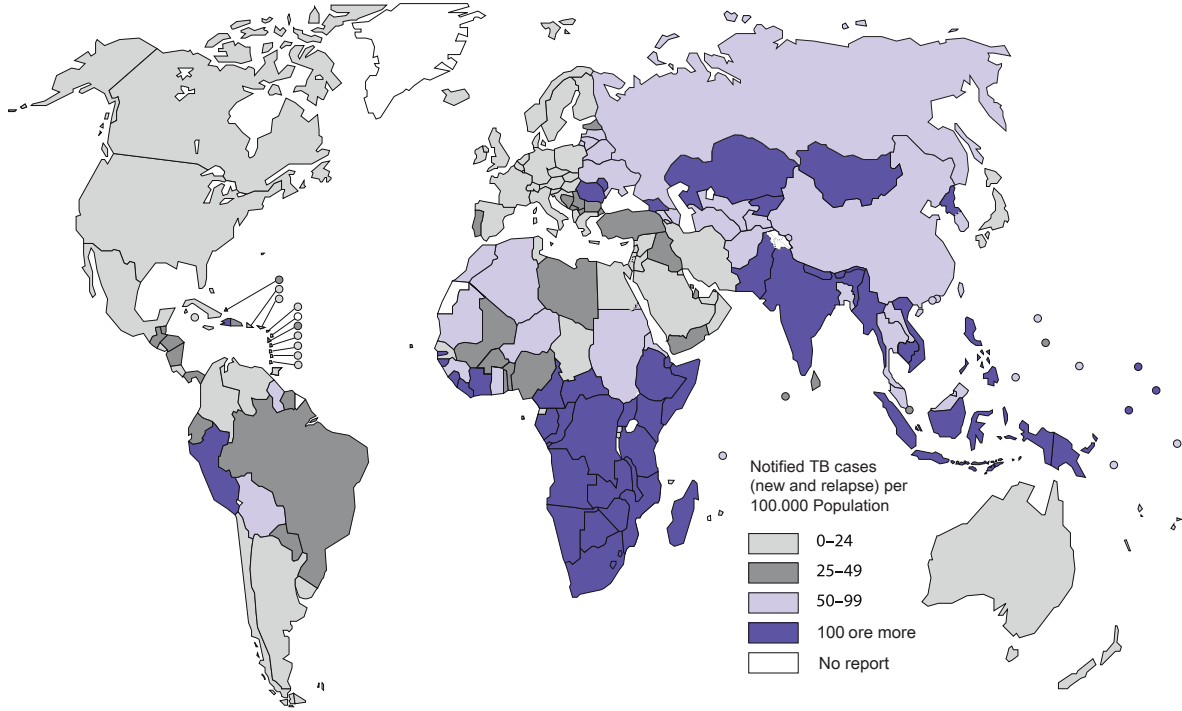
Verem Savaşı Dispanserlerinde her yıl 3 milyona yakın poliklinik muayenesi, 2 milyona yakın radyolojik tetkik, 100 binin üzerinde bakteriyolojik muayene yapılmaktadır. 2008 küresel raporunda DSÖ tarafından ülkemizin verem insidansı yüz binde 29, verem prevelansı yüz binde 32 olarak hesaplanmıştır. Verem (tüberküloz) hastalığı ile savaşta, kesin teşhis ve hastalığı bulaştıran vakaların kayıt altına alınması için yayma (smear) yöntemi ile tespit büyük önem taşımaktadır. DSÖ 2004 Küresel Tüberküloz Raporu'na göre, 2002 yılında Türkiye için öngörülen veremli hasta sayısının %62'sine yayma (+) yöntemi ile ulaşılmışken, 2008 Küresel Tüberküloz Raporu'na göre ise 2006 yılında bu oran %80 olarak bildirilmiştir. Böylece bu konuda DSÖ'nün ülkeler için asgari hedef olarak belirlediği %70'in üzerine çıkmıştır. Türkiye olarak bu konudaki hedefimiz %90'ın üzerine ulaşmaktır.



Ülkelerin Olgu Bulma ve Tedavi Başarısı Yüzdelere Göre Hedef Bölge Ulaşma Durumu



Ükelere Göre Tüberküloz Bildirim Oranları 2006



Kaynak: DSÖ Küresel Tüberküloz Raporu, 2007

VEREMLE MÜCADELE

Veremle mücadele programlarında “sürveyans sistemi” programın takibi açısından son derece önemlidir. 2005 yılına kadar yığılma veri olarak toplanan verem hastalarına ait veriler, 2005 yılından itibaren vaka bazlı olarak kayıt edilmeye ve hastalar tek tek takip edilmeye başlanmıştır. Bu sayede, veri kalitesinin artmasının yanı sıra çift kayıtların ayıklanması mümkün olmuş ve tedavi sonuçları her bir hasta için ayrı ayrı takip edilebilmiştir. Programın bir diğer ana bileşeni, uzun zaman alan tedavinin aksatılmadan sürdürülmesi ve başarı ile tamamlanmasıdır. Ülkemizde tüm verem ilaçları Bakanlığımız tarafından temin edilmekte ve tüm verem hastalarına ücretsiz olarak Doğrudan Gözetim Altında Tedavi (DGT) şeklinde verilmektedir.

Tedavi sonuçlarının vaka bazlı olarak bildirilebilmesi ve tedavi başarısının da son birkaç yıldır yüksek olması sonucunda 2006 yılında yüz binde 44 olarak hesaplanan verem prevalansı, bir yıl içinde büyük azalma kaydederek 2007 yılında yüz binde 32’ye düşmüştür.

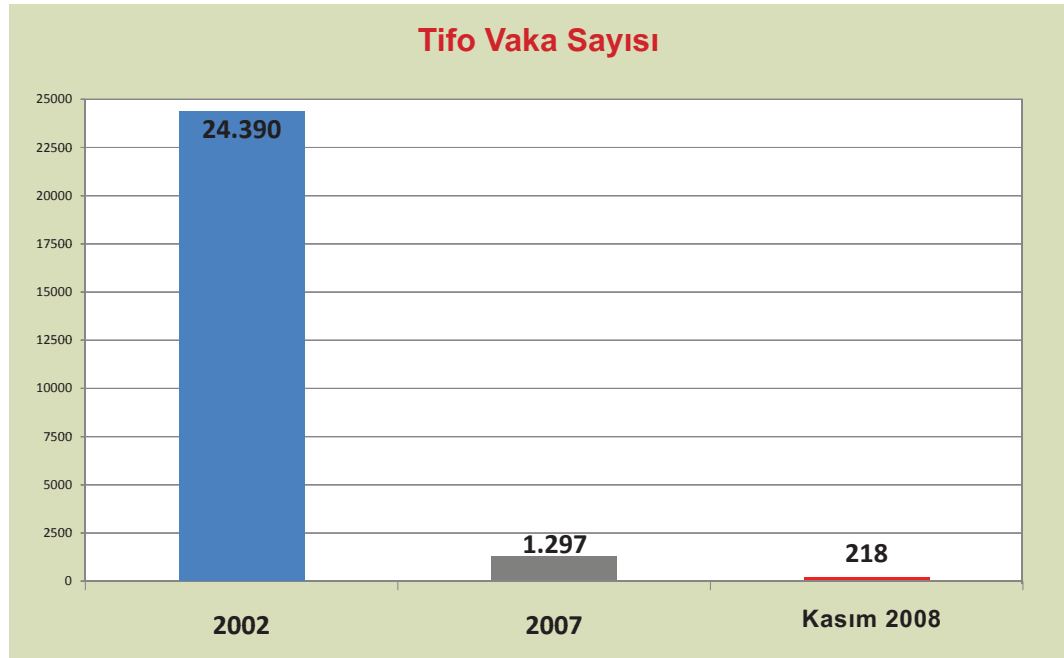
Su ve Besinlerle Bulaşan Hastalıklar

2005 yılından itibaren bulaşıcı hastalıklar kontrolü ile ilgili projeler başlatılmıştır. Bu projeler kapsamında merkez ve il sağlık teşkilatında çalışan toplam 46 personele (doktor) ileri düzey epidemiyoloji eğitimleri verilmiş ve verilmeye devam etmektedir. Aynı projeler kapsamında İl Sağlık Müdürlükleri Bulaşıcı Hastalıklar Şubesinde çalışan toplam 240 doktora orta düzey epidemiyoloji eğitimleri verilmiştir. Sahada çalışan yaklaşık 7.000 doktora temel epidemiyoloji kursu verilmiştir. Personel kapasitesindeki bu güçlenme ile salgınlara müdahale erken ve daha bilimsel olmaya başlamıştır. 2005 yılında yenilenen bildirim sisteminin getirmiş olduğu sürveyans farklılıkları ve sahada uygulanan eğitim programları sonucunda su ve besinlerle bulaşan hastalık sayıları azalmaktadır.

2002 yılında 27.550 vaka ve 4 ölüm tespit dizanteri/akut kanlı ishal vaka sayısı 2008 yılında 6.670'e inmiş olup son iki yıldır da bu hastalıklara bağlı ölüm tespit edilmemiştir.

Tifo

Yurt genelinde 2002 yılında 24 bin 390 olan tifo vaka sayısı, 2007 yılında 1.297'ye geriledi. 2008 yılı Kasım ayı sonuna kadar ise vaka sayısı 218'e kadar düşmüştür. Bu başarıya ulaşmak için Belediyelerle işbirlikleri geliştirilmiş, içme sularının mikrobiyolojik güvenliğinde önemli gelişme sağlanmıştır.



Diğer Bulaşıcı Hastalıklar

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

Avrupa Birliği ve Dünya Sağlık Örgütü'nün katkılarıyla yapılmış olan Türkiye'de Bulaşıcı Hastalıkların Epidemiyolojik Sürveyansı ve Kontrolü Sisteminin Geliştirilmesi Projesi kapsamında çok önemli çalışmalar yapılmıştır:

Bulaşıcı hastalıklar strateji planı hazırlanmış ve yayınlanmıştır.

Kırım Kongo Kanamalı Ateşi

Hastalığın 2003 yılında belirlenmesini müteakiben konuyla ilgili yoğun çalışmalara başlanılmıştır. Bu kapsamda, hastalığa ilişkin olarak konusunda uzman akademisyen ve ilgili kurumların yetkililerinden, Zoonotik Hastalıklar (Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi) Danışma Kurulu oluşturulmuştur. Bu kurul tavsiyeleri doğrultusunda klinik tanımlama, vaka tanımları, vakalara yaklaşım önerileri, sürveyans sistemi, sevk kriterleri ile vaka yönetimi ve izolasyon önlemlerine dair hususlar belirlenmiştir.

KKKA hastalığı hakkında bilgi notu, klinik tanımlama, vaka tanımları, vakalara yaklaşım, hastalıkta vaka yönetimi ve izolasyon önlemleri ile ilgili bir genelge yayımlanmıştır.

Hastalığa ilişkin bilgilendirme ve bilinçlendirme aktiviteleri çerçevesinde sağlık çalışanlarına yönelik kitapçık, kene çıkarma filmi, bilgi dokümanları, halka yönelik ise afiş, broşür, kısa Tv filmi hazırlanmıştır. Bu kapsamda 2008 yılında 400.000 adet broşür, 200.000 adet afiş İl Sağlık Müdürlüklerine gönderilmiştir.

Kırım-Kongo Kanamalı Ateşinden korunmada kene insan ilişkisinin en aza indirgenmesi büyük öneme haiz olduğundan, Bakanlığımızca giysilere belirli şartlarda uygulanarak kullanılabilen % 0,5 permetrin etken maddesi ihtiva eden kene kovucu/öldürücü ilaçların ruhsatlandırılması ve piyasada halkın ulaşabilmesi sağlanmış olup, söz konusu ilaçlardan bir miktar da alım yapılarak hastalığın yoğun görüldüğü bölgelerde kişilere dağıtılması ve hastalık hakkında hane ziyareti şeklinde yüz yüze eğitimlerin verilmesi de sağlanmıştır.

Ayrıca, Bakanlığımız yetkilileri tarafından sık sık bölge ziyaretleri gerçekleştirilerek eğitim çalışmalarında ve değerlendirmelerde bulunulmuş yerinde incelemeler de bulunulmuştur.

Bunların yanı sıra, sağlık çalışanlarının bilgilerinin güncellenmesi, ülkemizin bilim adamlarının ürettiği bilimsel verilerin paylaşılması ve süreyansın doğru yapılması amacıyla, hizmet içi eğitimler düzenlemiştir.

Noro Virus

81 İl'de Haftalık Su ve Besinlerle Bulaşan Hastalıklar Süreyansı Takibi yapılmaktadır. Bu süreyans sonucunda salgınlara erken müdahale imkânı doğmuştur.

Klora dirençli Noro virus salgınlarında yapılması gerekenler ve bu tür salgınlara önlenmesine yönelik tedbirleri içeren vaka yönetimi rehberi bir genelge ile tüm saha çalışanlarına ulaştırılmıştır.

Bulaşıcı hastalıklarla mücadele kapsamında, mevcut laboratuvarların iyileştirilmesine yönelik olarak biyogüvenlik kabinleri alınmış ve böylece yapılan testlerin kontaminasyon riski minimize edilerek güvenilirliği artırılmıştır. Moleküler testlerde yapılan gelişmeler mikroorganizmaların hızlı tanısına ve epidemiyolojik tiplendirmesine imkân sağlayarak tüm ülkeye bu anlamda hizmet verme şansı sağlamıştır.

Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı (RSHMB) koordinasyonunda 2007 yılında, Türkiye'nin çeşitli bölgelerindeki laboratuvarlardan oluşan 'Ulusal Enterik Patojenler Laboratuvar Süreyans Ağı' kurulmuştur. Katılımcı laboratuvarlar izole etmiş oldukları Salmonella spp. (Salmonella typhi ve S. paratyphi A, B, C dahil), Shigella spp., Enterohemorajik Escherichia coli (O157 and O157 dışı E. coli), Campylobacter spp. suşlarını doğrulanması amacıyla Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığına göndermektedirler. Veri paylaşımı elektronik ortamda yapılmaktadır. Bugüne kadar enterik patojenler laboratuvarına yaklaşık 600 suş gönderilmiştir. Gelecekte ağı dahil edilen mikroorganizmaların sayısının artırılması planlanmaktadır.

Son yıllarda gündeme gelen ve toplum sağlığı için ciddi tehlike oluşturan yeni hastalıkların tanısının yapılması ile ilgili olarak çeşitli çalışmalar yapılmıştır.

Kırım Kongo Kanamalı Ateşi: Şüpheli olgulardan toplanarak laboratuvarımıza

gönderilen serum örneklerinde ileri yöntemlerle (PCR ve ELISA) çalışma yapılmaktadır. Ayrıca pozitif çıkan örneklerden ileri tetkikler (sekanslama) yapılabilmektedir.

Norovirus: Gaita örneklerinde ELISA yöntemiyle Norovirus antijeni araştırılmaktadır.

Arbovirus: Batı Nil virus, TBE virus , chikugunya , Sand Fly Fever viruslerinin PCR yöntemiyle, WNV ve TBE virus için ise ELISA yöntemi ile tetkikler yapılabilmektedir.

Bulaşıcı Hastalıkların Surveyansının Güçlendirilmesi Projesi kapsamında yapılan eğitim faaliyetlerini iki başlık altında ele alabiliriz:

Temel laboratuvar yönetimi eğitimi: Bakanlığımız hastaneleri, Üniversite hastaneleri, Bölge Hıfzısıhha Müdürlükleri ve Halk Sağlığı Laboratuvarlarında “mikrobiyoloji ve klinik mikrobiyoloji” ile “enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji” uzmanı olarak görev yapmakta olan 500 kişiye eğitim verilmiştir.

Spesifik laboratuvar eğitimleri: 2 Haziran 2008’de başlayıp 31 Ocak 2009 tarihine kadar devam edecek olan 6 ana başlık altında (Parazitoloji, Enterik Bakterioloji, Difteri-Boğmaca, Zoonotik Ajanlar, Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar ve Antibiyotik Direnç Sürveyansı) eğitim verilmektedir. Bakanlığımız Hastaneleri, Üniversite Hastaneleri, Bölge Hıfzısıhha Müdürlükleri ve Halk Sağlığı Laboratuvarlarında görev yapmakta olan “mikrobiyoloji ve klinik mikrobiyoloji”ile “enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji” uzmanlarına eğitim verilmektedir. Şu ana kadar 186 kişiye eğitim verilmiştir.

Salgınlara yerinde müdahale amacıyla bir mobil laboratuvar temin edilmiştir. Su ve gıda kaynaklı salgınlara incelenmesi amacıyla tüm alt yapıya ve uydu iletişim sistemine haiz olan bu laboratuvar gerektiğinde biyogüvenlik düzey 3 şartlarında çalışabilme özelliğine de sahiptir. Salgın inceleme ekiplerinin olay yerine intikali için uygun araç temini de yapılmıştır..

Hastane Enfeksiyonlarının Önlenmesi

Tıp alanındaki gelişmelere rağmen hastane enfeksiyonları tüm dünyada önemli bir sağlık sorunudur. Ciddi seyrederek ölümlere neden olabilen hastane enfeksiyonları başta hasta güvenliği olmak üzere sağlık personeli, ziyaretçiler, sağlık dışı personel ve halk sağlığı için bir tehdittir. Hastaların hastanede yatış süresini uzatıp ülke ekonomisine mali yük getiren hastane enfeksiyonlarının sıklığını önlemler alarak azaltmak mümkündür.

Hastane enfeksiyonları tüm dünyada olduğu gibi ülkemiz için de önemli bir sorundur. Hastane enfeksiyonları konusunda gelişmiş ülkelerde 40-50 yıldır ciddi çalışmalar yapılmasına rağmen, ülkemizde ilgili uzmanlık alanlarının çalışmaları dışında konuyla ilgili çalışmalar ve idari destek çok yetersizdi. Bakanlığımız bünyesinde bu alandaki çalışmalara Eylül 2004’de başlanmıştır.

Hastane enfeksiyonları alanında mevzuat çalışmaları 2005–2007 yılları arasında tamamlanmış olup, uygulamalar “Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği; (11.08.2005–25903 RG) kapsamında gerçekleştirilmektedir.

Çalışmalar, Bakanlığımız öncülüğünde değişik tıp fakültesi ve eğitim araştırma hastanelerinden alanında uzman kişilerden oluşan, “Hastane Enfeksiyonları Bilimsel Danışma Kurulu” görüşleri ve kararları doğrultusunda yürütülmektedir.

Kaliteli sağlık hizmeti sunumunun geliştirilmesinde önemli araçlardan biri hizmet sunumunun gerektirdiği özelliklere uygun insan gücü yetiştirmektir. İlgili Yönetmelik gereği tüm yataklı tedavi kurumları, bin yatak için tercihen ulusal/uluslararası sertifikaya sahip bir enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanını enfeksiyon kontrol (EK) hekimi, her iki yüz elli yatak için Bakanlıkça sertifikalandırılmış enfeksiyon kontrol hemşireliği sertifikasına sahip bir hemşiresini enfeksiyon kontrol hemşiresi olarak görevlendirmekle yükümlüdür.

2007 yılından bu yana yapılan enfeksiyon kontrol eğitimleri ile bugüne kadar 145 enfeksiyon kontrol hekimi ile 365 enfeksiyon kontrol hemşiresi Ulusal sertifikaya sahibi olmuştur.

Bilimsel Danışma Kurulu çalışmaları ile “Hastanelerde Havalandırma ve Kontrolü” ulusal standardı hazırlanmıştır.

Hastane enfeksiyonları alanında yürüttüğümüz ciddi çalışmalar sonucunda 2006 yılından bu yana ulusal verilere ulaşıp ulusal politikalar geliştirebiliyoruz.

İlgili Yönetmeliğe göre hastane yönetimleri her yılın en geç Şubat ayının sonuna kadar hastane enfeksiyon hızları ve sürveyans sonuçlarını içeren yıllık faaliyet raporlarını Bakanlığa bildirmekle yükümlüdürler. Bilimsel Danışma Kurulunun desteğiyle hastane enfeksiyonu verilerinin tek merkezde toplanıp analiz edilmesi, analizlerin değerlendirilerek geri bildirimlerin yapılması, hastane enfeksiyonlarının kontrolüne ve önlenmesine yönelik politikaların geliştirilmesi amacıyla “Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Sistemi” geliştirilmiştir.

Hastane enfeksiyonlarına ait veriler 2005–2007 yıllarında internet ve normal posta yolu ile formlarla toplanmıştır.

2006 yılında bildirim yapan yataklı tedavi kurumu sayısı 937 iken 2007 yılında bu sayı 1113'e yükselmiştir. 2006 yılında yataklı tedavi kurumlarının %91.0'inde EK komitesi, %89.1'inde EK hekimi, %92.8'inde EK hemşiresi, %74.9'unda EK programı bulunurken bu değerler aynı sıra ile 2007 yılında %91.7, %92.8, %94.6 ve %80.6'ya yükselmiştir.

Benzer şekilde 2006 yılında kurumların %18.4'ünde yoğun bakım ünitelerinde invaziv araç ilişkili enfeksiyon sürveyansı yapılırken bu değer 2007 yılında %26.2'ye yükselmiştir. 2007 yılında kurumların %37.7'sinde cerrahi alan enfeksiyon sürveyansı yapılmaktadır.

Bugün itibariyle hastane enfeksiyonu hızları sınıflandırılmakta ve persentilleri çıkartılmaktadır. Artık hastaneler sürveyans yaptıkları birimlerde cerrahi alan, invaziv araç ve servis enfeksiyon hızlarını Ulusal hızlarla karşılaştırabilmektedir. Ayrıca antimikrobiyal direnç hızları da değerlendirilmektedir.

Bakanlığımız bünyesinde geliştirilip Ağustos 2007 tarihinde ulusal kullanıma açılan web tabanlı UHESA (Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Ağı) ile uluslararası standartlarda güncel hastane enfeksiyonu verileri toplanıp analiz edilmektedir. Hastaneler UHESA'ya Bakanlığımız tarafından verilen şifrelerle erişerek hastane enfeksiyonu sürveyans verilerini girmekte, kendi hastane enfeksiyonu bilgilerine ulaşabilmektedir. Sağlık Bakanlığına bağlı yataklı tedavi kurumlarının UHESA'ya katılımı Mayıs 2008'de zorunlu hale getirilmiştir. Ağa üye olmayan diğer yataklı tedavi kurumlarından hastane enfeksiyonu verileri yıl sonunda UHESA'ya entegre olarak toplanacaktır.

İyi işleyen bir sürveyans sisteminde standart veri toplama formları ve standart tanı kriterlerinin olması gerekir. Bakanlığımıza ait Ulusal hastane enfeksiyonları sürveyans formları, standart tanı kriterlerini içeren "Çep Kitabı", "Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Rehberi" oluşturularak yataklı tedavi kurumlarına dağıtılmış ve Bakanlığımız web sayfasında da yayımlanmıştır.

Hastane enfeksiyonu sürveyans verilerine zamanında, eksiksiz, tam, doğru ulaşabilmek amacıyla Bakanlığımız tarafından tüm kurumlara mesai saatleri içerisinde telefonla, elektronik posta yoluyla ve web sayfamızda açılan Enfeksiyon Kontrol Danışma Hattı forumu ile destek hizmeti verilmektedir.

Hastane enfeksiyonlarının etkin kontrolü ile hasta bakım kalitesi olumlu yönde artacak, sağlık maliyetlerinde önemli azalma olacaktır.

e) Bağışıklama Programları: Aşılar

2002 yılında hedef çocuk nüfusunun aşılama oranını yurt genelinde %78 idi; Güneydoğu'da bazı illerimizde bu oran %50'nin bile altına inmişti. 2007 yılında aşılamada yurt genelinde %96 oranı yakalanmıştır. 2008 yılında % 90'ın altında aşılama oranı olan il kalmamıştır .



2002 yılında aşıya ayrılan bütçe 14 milyon YTL iken, 2008 yılında 205 milyon YTL'ye ulaşmıştır. 2005 yılı so-

nuna kadar 7 hastalığa (difteri, boğmaca, tetanoz, çocuk felci, kızamık, hepatit-B, verem) karşı aşılama uygulanıyordu. 2006 yılında bütün sağlık kuruluşlarında yapılmaya başlanan Hib, Kızamıkçık, Kabakulak aşuları ile koruma sağlanan hastalık sayısı 10'a, Kasım 2008 tarihinden itibaren uygulanmaya başlayan konjuge

Geleceğimizin Teminatı Çocuklarımız, Teminat Altında

Göreve geldiğimizde hedef çocuk nüfusunun aşılama oranını yurt genelinde % 78 idi; Şırnak, Hakkari, Diyarbakır illerimizde bu oran % 50'nin bile altına inmişti. Bugün ulaştığımız % 96 oranını dünyada sadece gelişmiş ülkelerin ulaştığı orandır.

2006 yılında aşılama takviminde yaptığımız yeniliklerle, gelişmiş ülkelerde uygulanan **kızamıkçık, kabakulak ve menenjit** aşularını programımıza dahil ettik.

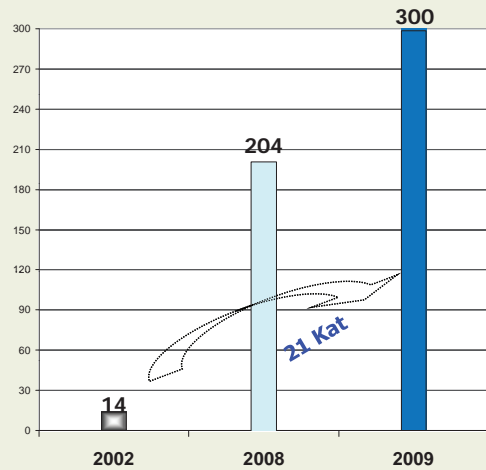
2008 yılında gelişmiş ülkelerin aşı takviminde bulunan **beşli kombine aşı** (difteri, aseptüler boğmaca, tetanoz, Hemophilus influenzae tip B ve İnaktif Polio virus) ve **konjuge pnömokok** aşısının kullanımına başladık.

Dünya Sağlık Örgütü 2008 Raporuna Göre Ülkelerin Aşılama Oranları (%)

| | |
|------------------------------|-----------|
| Düşük Gelir Grubu Ülkeler | 68 |
| Orta-Alt Gelir Grubu Ülkeler | 89 |
| Orta-Üst Gelir Grubu Ülkeler | 94 |
| Üst Gelir Grubu Ülkeler | 96 |
| Türkiye* | 96 |

Kaynak: WHO - World Health Statistics 2008 ;
* Sağlık Bakanlığı

Aşılama İçin Ayrılan Kaynak (milyon YTL)



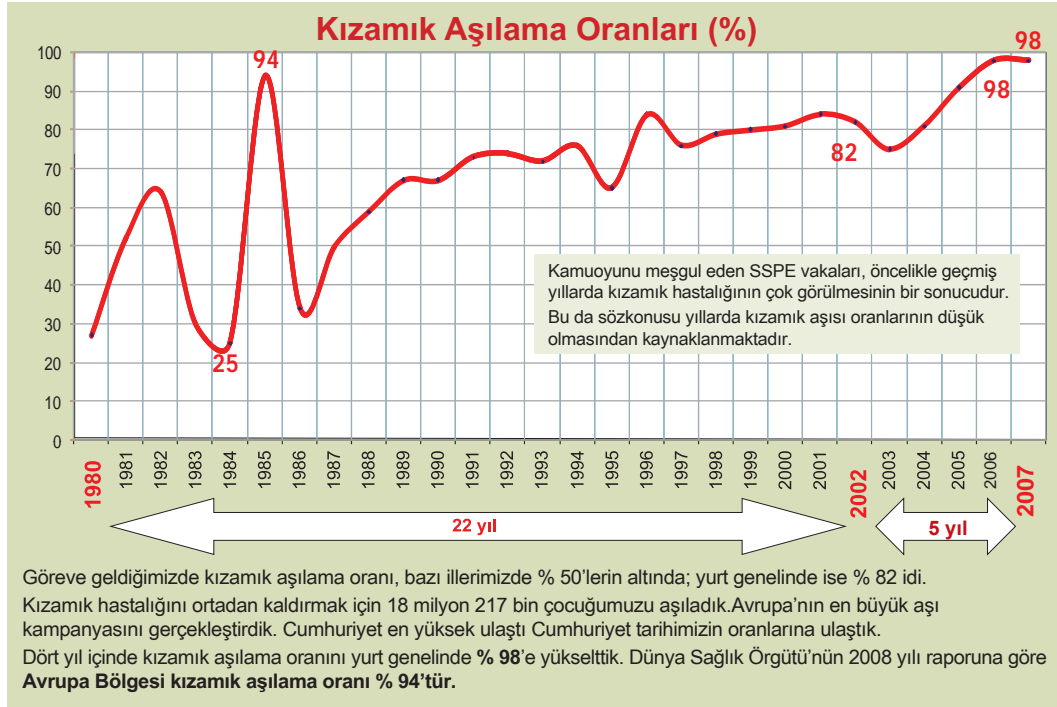
pnömokok aşısı ile 11'e yükselmiştir. 2008 yılı başından itibaren DaBT-İPA-Hib (Difteri, aselüler boğmaca, tetanoz, inaktif polio, Hemofilus influenza tip b) aşıları tek enjektör içinde uygulanmaya başlanmış (beşli karma aşı) bu şekilde bir seferde 5 hastalığa karşı aşılama yapılması sağlanmıştır. Böylelikle daha önce 1 yaşına kadar 11 enjeksiyon şeklinde aşı yapılması gerekirken bu sayı 8'e düşmüştür. Aşı ziyareti sayısı da 7 iken 6 ya düşmüştür.

Rutin okul aşılama programına ek olarak, yürüttüğümüz Hepatit B Kontrol Programı kapsamında; Hepatit B aşısı 2005-2006 öğretim yılında 8. sınıflara, 2006-2007 yılları arasında 7. ve 8. sınıflara, 2007-2008 öğretim yılında ise 3, 4, 5 ve 6. sınıflara yapılmış olup yaklaşık 8 milyon 100 bin çocuk aşılanmıştır. Böylece 1992 ve sonrasında doğan çocukların tamamının primer aşılanması tamamlanmıştır. Ayrıca belirlenmiş risk gruplarındaki erişkinlere de Hepatit B aşısı yapılarak toplumun hepatit B hastalığından korunması sağlanmaktadır.

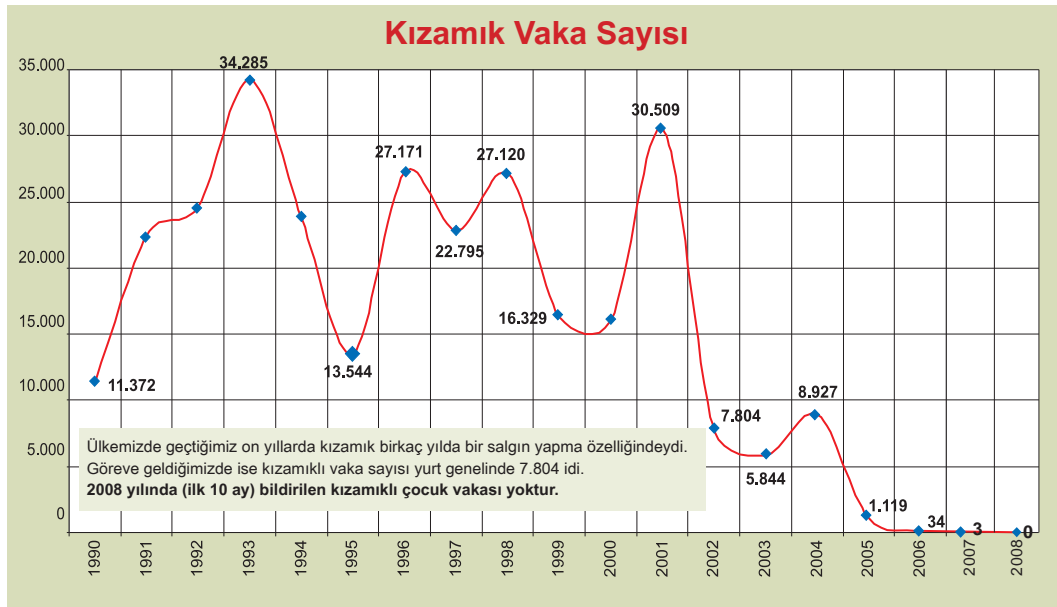
Kızamıkçık ve Konjenital Rubella Sendromu Kontrol Programı kapsamında 2006-2007 yılında ilköğretim 8. sınıflara ve 2007-2008 yılında ise 3. sınıftan itibaren tüm sınıflara olmak üzere yaklaşık 7 milyon 200 bin çocuğa kızamıkçık aşısı yapılmıştır.

1994 yılında başlatılmış ve 2005 yılında tekrar gözden geçirilmiş olan Maternal Neonatal Tetanoz (MNT) Eliminasyonu Programı kapsamında 2006 yılında 1. ve 2. Tetanoz Aşı Günleri, 2007 yılı Mayıs-Haziran aylarında 3. Tetanoz Aşı Günleri yapılmıştır. 3. Tetanoz Aşı Günlerinde %68 aşılama oranına ulaşılmıştır. 2003 yılında 44 olan yenidoğan tetanozu sayısı 2007 yılında 3'e düşmüştür. Yenidoğan tetanozunda eliminasyon aşamasına gelinmiştir. 2004 yılından bu yana difteri vakası görülmemiştir. Konjuge pnömokok aşısı uygulamasını 2008 yılı Ekim ayında başlattık. Bu uygulama için 84 milyon YTL (59 milyon YTL genel bütçe, 25 milyon YTL merkez döner sermayeden olmak üzere) kaynak ayrılmıştır. Bu kaynakla birlikte aşıya ayrılan bütçe yılsonunda 205 milyon YTL'ye ulaşacaktır.

Kızamık hastalığını ortadan kaldırmak için 2003-2005 yıllarını kapsayan büyük bir aşı kampanyası yapılarak 18 milyon 217 bin çocuğumuz aşılanmıştır. Bu kampanyada aşılama oranı %97 olarak gerçekleşmiştir. Kampanya, Cumhuriyet tarihinin ve Avrupa'nın en büyük hedef nüfusa sahip aşılama çalışmasıdır. Ayrıca 2009'a kadar sürdürülecek olan, askere alınan tüm gençlerimize kızamık aşısı uygulaması ile de ülkemizde kızamık virüsünün dolaşımını ortadan kaldırma hedefine destek olunmaktadır. Bu çalışmalarımız kısa sürede meyvesini vermiş ve 2002 yılında yurt genelinde 7.804 adet kızamık vakası görülmüşken, bu rakam 2007 yılında sadece 3 vakaya düşmüştür. 2008 yılı ilk 11 ay sonuçlarına göre hiç çocuk kızamığı vakası görülmemiştir.



Subakut Sklerozan Panensefalit (SSPE) vakaları 2005 yılından sonra yıl bazında toplanmaya başlanmıştır. 1995-2005 yılları arasında 1.131 vaka tespit edilmiştir. 2006 yılında 115 vaka, 2007 yılında 58 vaka ve 2008 yılı Kasım ayı sonuna kadar 29 vaka görülmüştür. SSPE kızamık geçirilmesinden ortalama 6 yıl sonra ortaya çıkan bir hastalıktır.



BİR RÜYA GERÇEKLEŞİYOR:

KIZAMIĞA VEDA EDİYORUZ...

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

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

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

Kampanya ve sonrasında yapılan aşılama çalışmalarının sonucunda ülkemizde 2001 yılında 30.509 olan kızamık vaka sayısı 2007 yılında 3 oldu. 2008 yılında çocuk kızamık vakası olmadı. Artık başka ülkelere kızamık importasyonunu önlemek için çalışıyoruz. Rüya gerçeğe dönüşüyor: Kızamığa veda ediyoruz...

Aşı Sempozyumu

Dünyadaki aşılama ile ilgili son bilgilerin paylaşıldığı bir platform olan Ulusal Aşı Sempozyumu'nun (Uluslararası katılımlı) birincisi 2005 yılında düzenlenmiş ve ortaya konulan bilimsel bilgiler ışığında ülkemiz aşı programı yeniden ele alınmıştır. Bu kapsamda 2006 yılında üç yeni aşı (kızamıkçık, kabakulak ve Hib aşılama) programa eklenmiştir. Sempozyuma yerli ve yabancı yaklaşık 600 kişi katılmıştır. Bakanlığımızın katkı ve katılımı ile gerçekleşen sempozyumun 2 yılda bir tekrar edilmesi hedeflenmiştir.

II. Ulusal Aşı Sempozyumu (Uluslararası katılımlı) 31Ekim-3 Kasım 2007 tarihleri arasında Ankara'da gerçekleştirilmiştir. Sempozyuma yaklaşık 750 yerli ve yabancı uzman katılmış olup aşı ve aşılama alanındaki son bilimsel veriler gündemde yer almıştır. Ülkemizde uygulanan aşı programındaki olumlu gelişmeler, ulaşılan yüksek aşılama oranları, Kızamık Eliminasyon Programı başta olmak üzere aşı ile korunulabilir hastalıkların sayılarındaki büyük azalma katılımcılar tarafından takdirle karşılanmıştır. Programa yeni aşılama eklenmesi tartışılmış ve gerekli lojistik hazırlıklar yapıldıktan sonra uygulaması kolay ve daha az yan etkiye sebep olan beşli aşılama (DaBT-IPV-Hib) programa eklenmesi desteklenmiştir. Bu hazırlıklar tamamlanarak 2008 yılı Ocak ayında beşli aşı uygulaması başlatılmıştır. Ayrıca ülkemizin aşı programında ulaştığı yüksek seviye dikkate alınarak yeni aşı olarak konjuge pnömokok (zatürre) aşılama programa eklenmiştir.

Her iki sempozyum sonrasında elde edilen faydalar ve aşı programımıza katkısı dikkate alınarak Aşı Sempozyumlarının geleneksel hale getirilmesi önem arz etmektedir. III. Ulusal Aşı Sempozyumunun 2009 yılı sonbahar aylarında gerçekleştirilmesine yönelik hazırlıklarımız başlatılmıştır.

BAŞARI ÖYKÜSÜ

AŞI TAKVİMİNDE BİRİNCİ LİGDEYİZ

1930 yılında ilk kez zorunlu aşı olarak çiçek aşısı girdi hayatımıza. 1963 yılında ise ülkemizde sistemli aşı uygulamalarına geçildi. Çocuklarımız artık daha sağlıklı bir geleceğe adım adım yürümeye başladı.

1985 yılında verem, difteri, boğmaca, tetanoz, çocuk felci, kızamık aşı takviminde yer alan bu 6 aşıya yönelik 0-5 yaş arası çocuklar için başlatılan kampanya büyük başarıya ulaştı. Aşısı olmayan ya da eksik olan çocukların yüzde 92'si aşılandı. Ancak inişli çıkışlı aşılama oranları oldu, iller ve bölgeler arasında dengesizlik bir türlü giderilemedi.

1998 yılında Ulusal Aşı Takvimi'nde yapılan değişiklikle takvime Hepatit B aşısı da eklendi. Doğumdan itibaren çocuklarımız bu hastalığa karşı da korunmaya başlandı. Yeni bir antijen eklenmesi için 8 yıl geçti. 2006 yılında Menenjit (hemophilus influenza tip b), Kızamıkçık ve Kabakulak aşıları eklendi. 2008 yılında beş aşının (difteri, asellüler boğmaca, tetanoz, inaktif çocuk felci, hemophilus influenza tip b) tek enjektörle yapılması sağlandı. Böylece çocuklarımız bir seferde 5 hastalığa karşı korundu.

Çocuk felci aşısını etkili bir şekilde uygulayan Türkiye, bu yıl hastalığın tümüyle ortadan kaldırılmasının 10'uncu yılını 2008 yılında kutluyor. Ülkemizde son 10 yılda dünyaya gelen çocuklar çocuk felci hastalığını hiç yaşamadılar, hatta ismini bile duymadılar.

Şimdi kızamığı ortadan kaldırma zamanı!

2008 yılına kadar 10 çocuk hastalığına karşı aşı ile savaştığımız ve başarılı olan Türkiye, Kasım 2008'den itibaren konjuge pnömokok aşısı ile zatürreyle savaşmaya başladı. Artık çocuklarımız 11 hastalığa karşı korunuyor, onları daha sağlıklı bir gelecek bekliyor.

Sağlıkta Dönüşüm Programı döneminde bütçeden aşıya ayrılan pay da çığ gibi büyüyerek; 2002 yılında 14 milyon YTL'den 2008 yılında 205 milyon YTL'ye çıkmış, 2009 yılı için 300.000.000 YTL olarak planlanmıştır.

Aşılama oranlarında artık % 95'lerdeyiz ve %90'ın altında il ve bölge de kalmadı. Bu oran ancak en gelişmiş ülkelerde görülebilen aşılama oranıdır. Ulusal aşı takvimine Zatürre aşısının da eklenmesiyle, takvimdeki aşı sayısı 11'e yükseldi.

"Ulusal Aşı Takvimi"imiz dünyada ilk 17 ülke arasına girdi ve ülkemiz aşıda birinci lige yükselmiş oldu.

f) Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Programı

Türkiye Üreme Sağlığı Programı

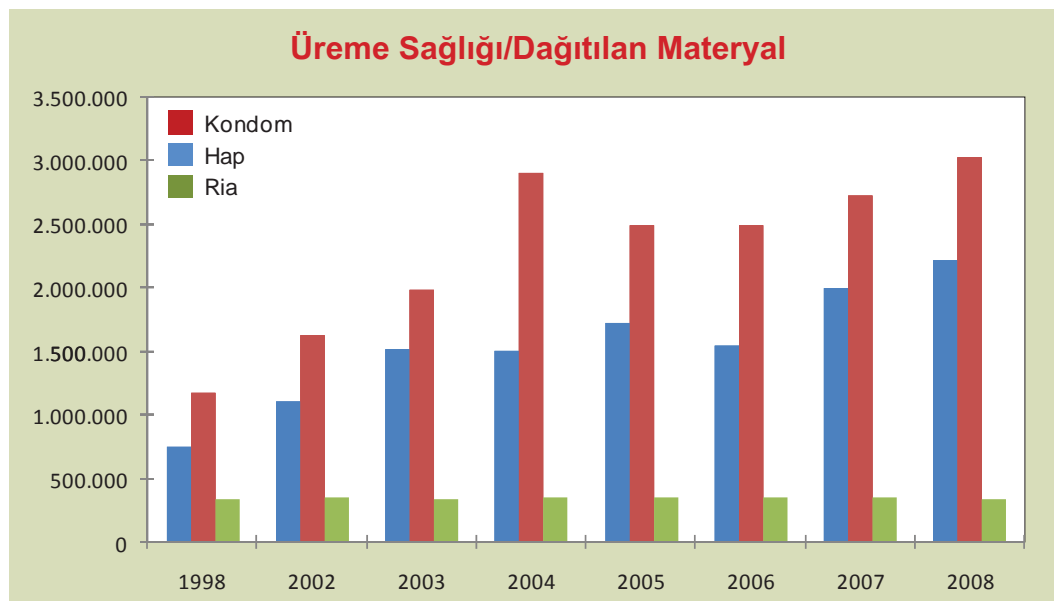
2003-2007 yılları arasında yürütülen Türkiye Üreme Sağlığı Programı (TÜSP) kapsamında uluslararası düzeyde önem arz eden ve ülkemizin önceliklerini meydana getiren konularda programlar oluşturuldu. Bu konular; Güvenli Annelik ve Acil Obstetrik Bakım, Aile Planlaması, Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar, Genç Dostu Üreme Sağlığı olarak belirlendi.

Üreme sağlığı konusunda nerede olduğumuzu gösteren, önemli bir veri kaynağı olan ve her 5 yılda bir yapılan Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması (TNSA) son olarak 2003'te yapıldı, 2008 araştırması yapılmış olup, istatistik değerlendirme çalışmaları sonuçlanmak üzeredir. 2005 yılında Ulusal Anne Ölümleri Çalışması ve Sağlık Davranış Alışkanlıkları Araştırması yapıldı.

108 sivil toplum kuruluşu ile üreme sağlığının her alanında 88 proje yürütüldü. Bu projeler kapsamında yaklaşık 5 milyon kişiye doğrudan eğitim verildi.

İki yıldan kısa aralıklarla yapılan doğumlar ve çok sayıda doğumlar (4 ve üstü) ile erken (18 yaş altı) ve geç (35+) yaşlarda yapılan doğumlar hem anne hem de bebeğin sağlığını olumsuz yönde etkilemekte, anne ve bebek ölüm oranlarını artırmaktadır.

Bakanlığımıza bağlı sağlık kuruluşlarında verilen üreme sağlığı hizmetlerinden yararlanan kişi sayıları da oldukça çarpıcıdır. 2007 yılında toplam 5 milyon 600 bin vatandaşımız ücretsiz üreme sağlığı hizmetlerimizden yararlanmıştır. 2008 yılında bu sayı 6 milyon 750 bin kişiye ulaşmıştır.





Evlilik Öncesi ve Gebelik Öncesi Danışmanlık Programı

Kadın ve erkeğin evliliklerine mutlu bir başlangıç yapmaları, bunu ileriki yıllara taşımaları için birbirlerine duydukları sevgi ve saygı yanında cinsel sağlık/üreme sağlığı, aile içi iletişim gibi konularda doğru bilgi ve davranış modellerine ulaşmaları ile mümkündür. Buna da sağlık personelinin olumlu tutumu ile erişilebilir. Bu amaçla Evlilik Öncesi ve Gebelik Öncesi Danışmanlık Programını başlattık.

Bu program kapsamında evlilik için sağlık raporu almaya gelen çiftlere üreme sağlığı konusunda danışmanlık hizmeti verilerek evliliğe mutlu ve sağlıklı bir başlangıç yapmaları için destek sağlanmaktadır.

Hemoglobinopati Kontrol Programı

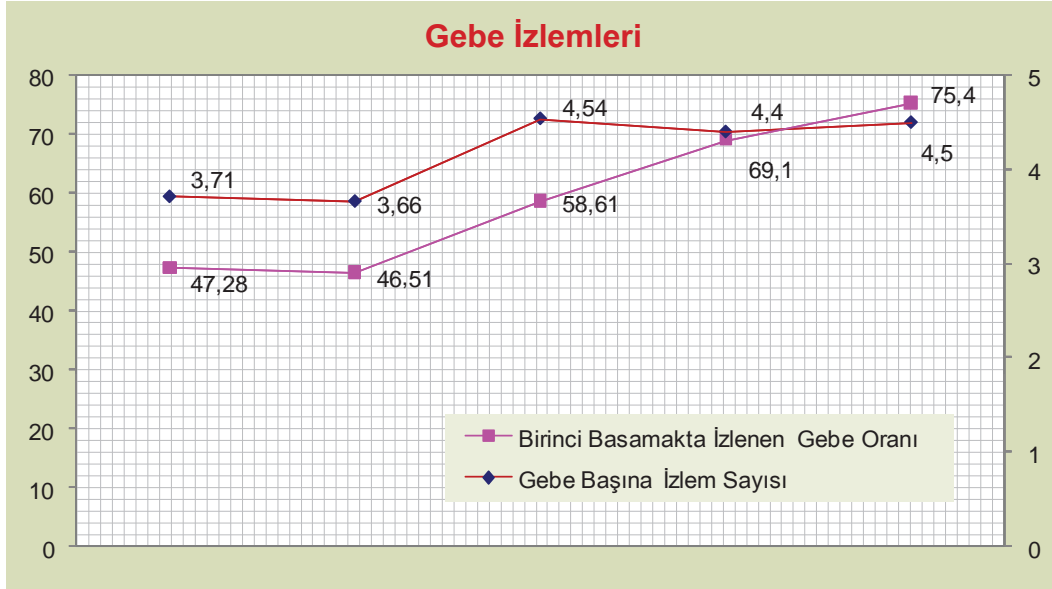
Ülkemizde, talasemi ve orak hücre anemisi başta olmak üzere kalıtsal kan hastalıkları önemli bir halk sağlığı sorunudur. Türkiye’de sağlıklı Türk popülasyonunda beta-talasemi taşıyıcı sıklığı % 2,1 olup, yaklaşık 1 milyon 300 bin taşıyıcı ve 4.500 civarında hasta bulunmaktadır.

Bu nedenle şimdiye kadar yapılan hizmetleri organize etmek ve hizmetleri yaygınlaştırmak amacıyla 2003 yılında Kalıtsal Kan Hastalıklarının sık olarak görüldüğü illerde "Hemoglobinopati Kontrol Programı" riskli 33 ilde başlatılmıştır.

Bu program ile evlenecek çiftlere tarama testleri yapılarak ortaya çıkabilecek hastalıklar öncesinde önlemler alınmaya çalışılmaktadır.

Gebe İzlemleri

Özellikle riskli gebeliklerin uygun şekilde takip edilmesi ve acil durumlarda uygun müdahalelerin yapılması pek çok anne ve bebeğin hayatını kurtarmaktadır.



Bakanlığımızın konuya verdiği önem araştırma sonuçlarına olumlu yansımaktadır. En az bir kez doğum öncesi bakım alma oranı 1998 TNSA'da %68 iken, 2003 TNSA' da % 81 olarak saptanmıştır. 2007 yılı doğum öncesi bakım alma oranı %88'e çıkmıştır. Sağlıklı bir gebe için en az 4 kez izlem gerekliliği tüm uluslar arası kuruluşlar tarafından kabul görmüş bir parametredir. TNSA 2003 sonuçlarına göre dört kez bakım alan gebe oranı %54'tür. 2008 yılı sonuçlarına göre bu oran Bakanlık kayıtlarımıza göre %75'e ulaşmıştır.

Gebelere Demir Desteği

Demir eksikliğine bağlı sağlık sorunlarının yaygın görüldüğü ülkemizde, özellikle gebelik döneminde artan demir ihtiyacını da karşılamak üzere anne vücuduna ilave demir desteği verilmesi şarttır. Amacımız her gebenin gebeliğinin üçüncü ayının başından itibaren, doğumdan sonraki üçüncü ayın sonuna kadar, dokuz ay süreyle her gün belirli miktardaki demir preparatını almasıdır. Başlangıcından bugüne yaklaşık 5 milyon kutu demir gebelerimize dağıtılmıştır.

Hastanelerde Yapılan Doğumlar Artıyor

Doğumların sağlık kuruluşunda yapılması anne ve çocuk ölümlerini önlemektedir. Vatandaşlarımıza yönelik yaptığımız eğitim çalışmalarında bu konuya özel önem verdik. Ayrıca “Şartlı Nakit Transferi Projesi” ile doğumlarını hastanede yapan yoksul gebelere de nakit yardımında bulunuyoruz.

Bu uygulamalar hastanelerde yapılan doğum sayılarına da yansımakta ve sağlık kuruluşlarında yapılan doğumlarda önemli bir artış gözlenmektedir.

Kaliteli hizmet sunumunu sağlayarak hizmete olan talebi artırmak için sağlık personelinin üreme sağlığı konusunda eğitimlerini başarıyla sürdürüyoruz. Bu kapsamda yapılan eğitimlerde; Üreme Sağlığına Giriş modülüyle 3665, Güvenli Annelik modülüyle 2740, Aile Planlaması Danışmanlığı modülüyle 3073, Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar modülüyle 2410, Gençlik modülüyle de 2624 sağlık personeli eğitilmiştir.

Ayrıca, doğum öncesi bakım, doğum eyleminin yönetimi, doğum sonu bakım ve acil obstetrik bakım klinik protokolleri oluşturulmuş, 81 ile genelge yayınlanarak uygulamaya konulmuştur.

TSK İle İşbirliği

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

| Yıl | Hastanede Yapılan Doğumlar |
|-------|----------------------------|
| 2002 | 806.367 |
| 2003 | 788.206 |
| 2004 | 824.443 |
| 2005 | 857.156 |
| 2006 | 988.168 |
| 2007 | 1.127.092 |
| 2008* | 838.553 |

*2008 ilk 9 ay

g) Sağlıklı Çevre Sağlıklı İnsan

Çevre kirliliğinin insan sağlığına yapacağı olumsuz etkilerin önlenmesi, çevresel risk faktörlerinin belirlenmesi ve izlenmesi Anayasal bir görevdir. DSÖ ve Avrupa Birliğinin ilgili birimleri çevre sağlığı konusuna oldukça önem verilmektedir. Bakanlığımızda da bu hassasiyetler çerçevesinde çalışmalar sürdürülmektedir.



Çevre sağlığı hizmetlerimiz kapsamında içme ve kullanma suları, yüzme suları, ambalajlı sular, gayri sihhi müesseseler (sınıf ve sağlık koruma bandı tespiti), konut sağlığı, çalışanların sağlığı, gürültü, kapalı ve açık alan hava kirliliği, iyonlaştırıcı olmayan radyasyon, pestisitler, deterjanlar, havuz kimyasalları, su ve yüzey dezenfektanları, oyuncaklar ve iklim değişikliğinin sağlığa etkileri gibi konular üzerinde çalışmalar yapılmaktadır.

Koruyucu sağlık hizmetlerinin temel unsuru olan çevre ve toplum sağlığı için gerekli şartların, kentsel alanların yanında köylerde de oluşmasını sağlamak amacıyla Sağlıklı Köyler Projesini başlattık. Proje ile köylerimizin mevcut durumlarının tespit edilmesini ve elde edeceğimiz veriler üzerinden köylerin çevre ve sağlık sorunlarının çözümü için ilgili kurum ve kuruluşlarla birlikte yeni politikalar geliştirilmesini amaçlıyoruz.

Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep AKDAĞ'ın da katıldığı DSÖ 4. Avrupa Çevre ve Sağlık Bakanlar Toplantısında (2004) alınan kararlar doğrultusunda Ulusal Çocuk Çevre Sağlığı Eylem Planı hazırlanmış ve yayımlanmıştır.

Biyosidal Ürün Kontrolü

Ülkemizdeki halk sağlığı alanında kullanılan sinek, böcek ve fare ilaçları gibi pestisitlerin gerekli izin işlemleri Sağlık Bakanlığınca yürütülmektedir. Bu pestisitlerin, hem kimyasal bakımdan hem de biyolojik etkinliklerin tespiti için laboratuvar hizmeti de verilmektedir.

Pestisitlerin piyasa kontrollerine yönelik analizleri ve dezenfektan maddelerinin ruhsata esas analizleri RSHMB laboratuvarlarımızda yapılmaktadır.

Halk sağlığı alanında vektörlerle mücadele kapsamında pestisit ürünlerine 321 adet üretim ve 139 adet ithalat izni verilmiştir. İzin verilen bu ürünlerin amacına uygun kullanılmasını temin etmek için de kullanıcılara yönelik mesul müdürlük eğitimleri düzenlenmiş ve bu kapsamda bugüne kadar 2000'den fazla kişinin eğitilmesi sağlanmıştır.



Gıda Toksikolojisi

Gıda zehirlenmeleri de ülkemizdeki önemli halk sağlığı problemlerinden birisidir. Sosyokültürel yapı ve beslenme alışkanlıkları gıda zehirlenmesi kaynaklı problemlerin esasını teşkil ederken, zaman zaman yaşanan kasit unsurlu zehirlenmeler de görülebilmektedir. Bu tür olaylarda problemin tespit edilerek hem sağlık probleminin çözümüne yardımcı olmak hem de adli meselelerde adalete yardımcı olmak üzere gerekli Laboratuvarlar kurulmuştur.

Su Güvenliği

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

Bu maksatla AB mevzuatıyla uyumlu İnsani Tüketim Amaçlı Sular Hakkında Yönetmelik hazırlanmış ve 17 Şubat 2005 tarihli ve 25730 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir.

Bu çerçevede ülke genelinde içme kullanma sularının mikrobiyolojik, fiziksel ve kimyasal analizleri ile bakiye klor ölçümleri sürekli olarak yapılmaktadır. Uygunsuzluk tespit edildiğinde derhal müdahale edilerek uygunsuzluğun giderilmesi sağlanmaktadır.

Ülkemizde üretilen kaynak suyu, içme suyu ve doğal mineralli sulara ait mevzuatlarımızı Avrupa Birliği normlarını da dikkate alarak yeniden düzenledik. Mevzuata uygun olduğunu tespit ettiğimiz 199 adet kaynak suyu, 11 adet içme suyu, 36 adet doğal mineralli su işletmesi, 137 kaplıca tesisi, 10 talossoterapi ve 4 peloid üretim ve paketlenme tesisine işletme ve üretim izni verdik. İzin verdiğimiz tesisleri fiziksel, kimyasal, mikrobiyolojik ve radyoaktif parametreler yönünden sürekli olarak denetlemeye de devam ediyoruz.



Toplum sağlığını korumak amacıyla; yzzey suyu, içme suyu ve havuz sularında kullanılan kimyasalların ve dezenfektanların üretim ve ithalat izin işlemlerini bilimsel komisyonlarımız marifetiyle değerlendirmekte ve uygun görülenlere izin vermekteyiz. Bu kapsamda toplam 176 havuz suyu kimyasalı ve dezenfektanına üretim ve ithalat izni verilmiştir. Bu ürünlerin üzerinde Bakanlığımızın izni bulunması vatandaşlarımızın bu ürünleri güvenle kullanabilmelerini sağlamaktadır.



Hava Kalitesi Kontrolü

evre sağlığı hizmetleri kapsamında şehirlerdeki hava kirliliği ölçümlerinin yapılması ve takibi, halk sağlığının korunması açısından oldukça önemlidir. Konuyla ilgili faaliyetleri evre ve Orman Bakanlığı ile koordineli bir şekilde yürütüyoruz. Ankara'da Avrupa Birliği Direktifleri'ne de uygun olarak halk sağlığı açısından önem arz eden kükürt dioksit, partikül maddeler, azot oksitleri, ozon, ağır metaller, uçucu organik bileşikler ile meteorolojik parametrelerin ölçümlerini kapsayan 8 istasyonda ölçüm ağı kurulmuştur. Ölçümler, her on dakikada bir kere olmak üzere 24 saat esaslı olarak yapılmaktadır. Ölçümü yapılan ve değerlendirilen sonuçlar bilgilendirme ekranları ile elektronik ađ yanında, diğer iletişim vasıtalarıyla da halkın bilgisine sunulmaktadır.

Diğer illerdeki ölçümler evre ve Orman Bakanlığına ait istasyonlarda yapılmakta ve sonuçlar Bakanlığımızla paylaşılmaktadır.



Temizlik Maddeleri Kontrolü

Temizlik amaçlı kullanılan deterjanların, çamaşır sularının, sabunların ve hava aromatize edici ürünlerin ithal izinleri yanında, üretim ve ruhsata esas analizleri Bakanlığımızca yapılmaktadır. Bu ürünler , vatandaşa ulaştığı noktalarda piyasa gözetim ve denetimleri yoluyla kontrol edilmektedir.

Tıbbi Amaçlı Ürünler ile Enteral Beslenme Ürünleri Kontrolü

Özel beslenme gerektiren hastalıklar ile yine özel olarak hazırlanan enteral beslenme ürünlerine ait üretim ve ithal izinlerine esas analizler bu işler için alt yapısı geliştirilen Laboratuvarlarımızda yapılmaktadır. Vatandaşımıza ulaştığı noktalarda ise piyasa gözetim ve denetimleri yoluyla kontroller yapılmaktadır.

Kimyasal Biyolojik Radyoaktif ve Nükleer Tehlikeli Maddeler (KBRN)

Halk sağlığını tehdit eden en önemli meselelerden birisi de hiç şüphesiz KBRN konusudur.

İlgili kurum ve kuruluşların ortak bir noktada buluşması, eşgüdümün sağlanması ve çalışmaların koordine edilmesi maksadıyla bir birim ihdas edilmiş ve KBRN kapsamındaki analizleri yapabilecek bir Laboratuvar kurulmuştur.

Hekimlere yönelik KBRN eğitimleri başlatılmıştır. Her ilde en az bir tane KBRN eğitimi görmüş hekim bulunması planlanmaktadır. Ayrıca illerde KBRN ile ilgili tatbikatlar yapılmakta, bu eğitimlere planlama ve organizasyon noktasında Sağlık Bakanlığı teknik destek sağlamaktadır. KBRN konusunda uzaktan eğitim de planlanmaktadır.

h) Sağlıklı Gelecek İçin Sağlıklı Beslenme

Toplumun sağlık düzeyini yükseltmek bütün ülkelerin, daha verimli, üretken ve sağlıklı nesillerin yetiştiği refah bir dünyada yaşamak bütün insanların özlemidir. Ancak, insanlar günümüzde sağlıkları açısından daha riskli bir yaşam tarzı sürdürmekte, modern yaşamın sağladığı imkânlar sayesinde daha az hareket etmekte ve beslenme alışkanlıkları da olumsuz yönde etkilenebilmektedir. Oysa sağlığın korunması ve geliştirilmesinde yeterli ve dengeli beslenme ve hareketli bir yaşam tarzının benimsenmesi oldukça önemlidir.



Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğümüz bünyesinde Gıda Güvenliği Daire Başkanlığı tarafından 2004 yılına kadar gıda denetimi ve çalışma izinleri ile beslenme ile ilgili hizmetler yürütülmüştür. 5.6.2004 tarih ve 25483 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan 5179 sayılı “Gıdaların Üretimi Tüketimi ve Denetlenmesine Dair Kanun Hükmünde Kararnamenin Değiştirilerek Kabulü Hakkında Kanun” ile Bakanlığımızca yürütülen gıda ile ilgili hizmetler bu tarihten itibaren Tarım ve Köyişleri Bakanlığı'na devredilmiştir. Bu gelişmenin ardından Gıda Güvenliği Daire Başkanlığı yeni ihtiyaçlar doğrultusunda “Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı” olarak yeniden yapılandırılmıştır.

Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı'nın görevleri arasında toplumun beslenme konusunda bilinçlendirilmesi, obezite ve toplumda sık görülen beslenme sorunlarının önlenmesi ve daha hareketli bir yaşam tarzının

benimsetilmesine yönelik çalışmaların yürütülmesi yer almaktadır. Bu doğrultuda üniversiteler ve ilgili kurumlar ile işbirliği içinde yürütülen çalışmalar aşağıda özetlenmiştir.

Toplumun Beslenme Konusunda Bilinçlendirilmesi Programı

81 ilimizde bu konuya özgü hazırlanan eğitim materyalleri ile sağlık personeli ve halk eğitimleri gerçekleştirilmektedir. Toplumun beslenme konusunda bilinçlendirilmesi amacıyla 2005 yılında 4 milyon, 2006 yılında 5,5 milyon, 2007 yılında ise 6.6 milyon kişiye sağlıklı beslenme, şişmanlık, anne sütü ile beslenme gibi çeşitli konularda eğitimler verilmiştir. Bu eğitimler kapsamında çeşitli eğitim materyalleri (15 spot film, Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi, Beslenme Bilgi Serisi, Sağlıklı Beslenme CD seti vb.), basın açıklamaları ve internet sayfamızda yayımlanan bilgi notları hazırlanmıştır.



“Sağlıklı Beslenelim, Kalbimizi Koruyalım” Projesi (2004)

Yedi coğrafik bölgeden seçilen yedi ilimizde 14 sağlık ocağında “Sağlıklı Beslenelim, Kalbimizi Koruyalım” projesi kapsamında bir araştırma yürütülmüştür. Otuz yaş ve üzeri 15.468 kişinin çalışma kapsamına alındığı araştırma sonucunda erkeklerde obezite oranı %21.2 iken kadınlarda % 41.5 tüm toplumda obezite oranı ise %35.0 olarak saptanmış, toplumun %96.5’inin düzenli fiziksel aktivite yapmadığı görülmüştür. Araştırma raporu 2004 yılında yayımlanmıştır.

Türkiye’ye Özgü Beslenme Rehberi (2004)

Beslenme konusunda mesaj kirliliğini önlemek, topluma doğru mesajların verilmesini sağlamak için “Türkiye’ye Özgü Beslenme Rehberi” hazırlanmış ve 2004 yılında ilk baskısı yapılmıştır. Söz konusu rehber yeterli ve dengeli beslenme, besinler ve besin öğeleri, besin öğelerinin vücut çalışmasındaki etkinlikleri, besin grupları, besin çeşitliliği, besin güvenliği, öğünler ve öğün örüntülerinin önemi, kahvaltının önemi, vücut ağırlığının denetimi, fiziksel aktivite ve sağlık, şeker tüketimi ve sağlık, tuz tüketimi ve sağlık, diyet yağı ve yağ asitleri, anne sütünün önemi, alkol tüketimi ve sağlık, sıvı tüketimi konularında bilgi vermekte, sağlıklı beslenme önerilerini sunmaktadır.

Beyaz Bayrak Projesi (2006)

MEB işbirliğinde yürütülen programda özel ve kamuya ait tüm okullarda temizlik ve hijyeni teşvik amacıyla “Beyaz Bayrak” projesi başlatılmıştır. İl Milli Eğitim Müdürlüğü ve İl Sağlık Müdürlüğü ekiplerince gönüllü okullar oluşturulmuş formlar üzerinden denetlenmekte ve puan verilmekte, 90 puan üzerinde alanlara Bakanlığımızca “Beyaz Bayrak sertifikası” düzenlenmekte ve okula “Beyaz Bayrak” takılmaktadır. Bugüne kadar 2400’ün üzerinde okula “Beyaz Bayrak” verilmiş olup çalışmalar devam etmektedir.

Okul Sağlığı, öğrencilerin ve okul çalışanlarının sağlığının değerlendirilmesi, geliştirilmesi, sağlıklı okul yaşamının sağlanması ve sürdürülmesi, öğrenciye ve dolayısıyla topluma sağlık eğitiminin verilmesi amacıyla Bakanlığımızca yapmakta olan ve planlanan okul sağlığı çalışmaları da sağlığın bünyesinde Bakanlığımızın diğer birimleri ve MEB işbirliği içinde devam etmektedir. Bu kapsamda DSÖ, Avrupa Konseyi ve Avrupa Komisyonu tarafından mali ve teknik yönden desteklenen, ülkemizde ilköğretim okullarındaki öğrencilerin sağlık bilgilerini geliştirmek, sağlıklı bir çevrede sağlıklı yaşam tarzını öğretmek amacıyla Avrupa’da

da 40'dan fazla ülkede uygulanmakta olan “Avrupa’da Sağlığı Geliştiren Okullar Ağı” projesi de yürütülmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) “Obezite ile Mücadele Avrupa Bakanlar Konferansı” (2006)

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) “Obezite ile Mücadele Avrupa Bakanlar Konferansı” ülkemizin ev sahipliğinde 15-17 Kasım 2006 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığımızın başkanlığında İstanbul’da düzenlenmiştir.

DSÖ Avrupa Bölge Ofisine bağlı ülkelerin Sağlık Bakanları ile Tarım, Spor, Gençlik, Eğitim vb. konuyla ilgili Bakanları ve delegelerinin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Üç gün süren konferans sonucunda “Avrupa Obezite ile Mücadele Şartı” kabul edilmiş ve DSÖ Avrupa Bölge Direktörü Marc DANZON ve Sağlık Bakanımız Prof. Dr. Recep AKDAĞ tarafında imza edilmiştir.

Türkiye Obezite ile Mücadele Programı

Ülkemizde çeşitli kamu kurum ve kuruluşları, üniversiteler, özel sektör, sivil toplum kuruluşları vb. pek çok kurum ve kuruluş tarafından obezitenin önlenmesine yönelik çeşitli programlar, projeler ve eğitim çalışmaları sürdürülmektedir. Ancak sürdürülen bu çalışmaların koordinasyon içinde olması ve yol haritası dahilinde yürütülmesi obezite ile mücadelenin başarı düzeyini etkileyen çok önemli bir husustur. Ülkemizde yürütülen ve yürütülmesi planlanan tüm çalışmaların belirli bir program dahilinde yürütülmesi, ölçülebilir ve izlenebilir olması amacıyla “Türkiye Obezite ile Mücadele Programı” hazırlanmıştır. Oluşturulan taslak metin, resmi kurum ve kuruluşlar, 81 İl Sağlık Müdürlükleri, üniversitelerin ilgili birimleri ve akademisyenler, sivil toplum kuruluşları olmak üzere 165 kuruluşa görüşe gönderilmiş ve Bakanlığımız web sayfasında da kamuoyunun görüşüne açılmıştır. Temmuz 2008’de Ankara’da düzenlenen “Türkiye Obezite ile Mücadele Programı Çalıştayı” sırasında da ilgili kurum ve kuruluşlar, akademisyenler, sivil toplum kuruluşları, özel sektör temsilcilerinin de katılımıyla taslak doküman değerlendirilmiştir.

Ulusal ve yerel düzeyde politik istek ve kararlılığın sağlanması, koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında toplumun, obezite, yeterli ve dengeli beslenme ve fiziksel aktivite konularında bilinçlendirilmesi, obezitenin teşhis ve tedavisine yönelik önlemlerin alınması ve izleme ve değerlendirme çalışmaları bu programın kapsamını oluşturmaktadır.

1) Alkol, Madde ve Tütüne Bağlı Zararların Azaltılması

Alkol Kontrol Programı

Alkol, DSÖ hastalık yükü değerlendirmelerine göre, 26 risk faktörü içinde tütün ve hipertansiyondan sonra 3. sırada yer almaktadır. Bilindiği gibi alkol kullanımını akciğer hastalıkları, göğüs kanseri, ruhsal bozukluklar, gastrointestinal hastalıklar, kardiyovasküler bozukluklar gibi 60 farklı hastalığın nedenleri arasında sayılmaktadır. Ayrıca alkol kullanımının şiddet, suç, intihar, aile içi sorunlar, sosyal problemler, alkollü araç kullanımına bağlı kazalar ile can kaybı, sakatlıklar ve iş yeri problemleri gibi birçok toplumsal soruna da neden olabildiği bilinmektedir.

Ülkemizde 15 yaş üstü, kişi başı saf alkol tüketimi 1,0-1,29 litre arasında olmakla birlikte, yapılan araştırmalara göre ilköğretim öğrencileri arasında en az bir kez alkol kullananların oranı % 15,4, ortaöğretim boyunca en az bir kez alkol kullananların oranı %45-%50 bulunmuştur. Son bir ayda en az bir kez alkollü içki içme oranı %16,5 (erkeklerde % 31,5 ve kadınlarda %10,6); üniversite öğrencilerinde bir kez alkol kullanım prevalansı %43,0- 53,9 ve zaman zaman içmeye devam edenlerin oranı %22,9'dur.

Alkol kullanımının azaltılması ve zararlarının önlenmesi konusunda dünyada pek çok ülkede çalışmalar yapılmaktadır. DSÖ İcra Kurulu Ocak 2008'deki toplantısında alkole ilgili global bir strateji geliştirme kararı almış olup 1 Ocak 2008 tarihinden itibaren de Avrupa Bölgesinde çerçeve alkol politikasının uygulanması ve üye ülkelerde alkole bağlı zararların azaltılması amacıyla Avrupa Komisyonunun da desteği ile bir proje başlatmıştır.

Ülkemizde de ilk alkol kullanım yaşının düşme eğiliminde olması ve gençlerimiz arasında alkol kullanımının artışı gibi nedenlerle, Bakanlığımız koordinatörlüğünde ilgili tüm kurum ve kuruluşların katılımı ile alkol kullanımının azaltılması ve alkolün zararlarının önlenmesine yönelik Türkiye Alkol Kontrol Programı çalışmaları başlatılmıştır. Program hazırlanırken Avrupa'da aynı amaçla uygulanan alkol politikalarından da yararlanılmıştır. Türkiye Alkol Kontrol Programı; alkolün, sağlık, ekonomik ve sosyal açılardan zararları konusunda toplumun bilgilendirilmesi, eğitilmesi ve bilinç düzeyinin artırılması, trafik kazaları, aile içi şiddet gibi alkole bağlı zararların azaltılmasını amaçlamaktadır. Program alkol bağımlılarının birinci basamak tedavi kurumlarından itibaren tespit ve tedavilerinin kolaylaştırılması, alkollü içkilerin satışı ve reklâmı ile ilgili düzenlemelerle hassas grupların korunması, sivil toplum kuruluşları ile işbirliği gibi stratejiler de içermektedir.

Ayrıca trafik güvenliğini sağlamak amacıyla ikinci kez alkollü araç kullandıkları için geçici olarak sürücü belgelerine el konulan sürücülere yönelik olarak Sürücü Davranışlarını Geliştirme Eğitimi (SÜDGE) düzenlenmektedir. Trafik Kanunu doğrultusunda hazırlanan SÜDGE eğitimlerinin sağlıklı bir şekilde sürdürülebilmesi için ilk etapta 30 İlimizin Sağlık Müdürlükleri bünyesinde SÜDGE birimleri kurulmuştur. Bu birimlerde gerçekleştirilen eğitimlerin amacı, sürücülerde alkollü iken araç kullanımının riskli bir davranış olduğu yönünde bir farkındalık sağlayarak, sürücülerin alkollü araç kullanımına ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarını değiştirmektir.

SÜDGE eğitim birimlerinde, Bakanlığımız tarafından eğitime tabi tutularak sertifikalandırılan psikiyatrist, psikolog ve pratisyen hekimlerle birlikte İl Emniyet Genel Müdürlüğü Trafik Denetleme Şubesinde çalışan trafik eğitimcileri görev yapmaktadır. Trafik güvenliği adına verilen bu hizmetin ülke geneline yaygınlaştırılabilmesi için Bakanlık adına bu eğitimleri vermek üzere 8 il (Ankara, İstanbul, İzmir, Kayseri, Gaziantep, Trabzon, Mersin, Samsun) Bölge Eğitim Merkezi olarak yetkilendirilmiştir. Bölge Eğitim Merkezlerinde ihtiyaç doğrultusunda aralıklı olarak eğitimci eksiği olan illerin katılımıyla eğitimler düzenlenmekte ve akabinde SÜDGE Birimleri aktive edilmektedir. Halen 58 ilimizde SÜDGE Birimi aktif hale getirilmiştir. İllerdeki birimlerin sayısının artırılması ve eğitimlerin revize edilmesi yönündeki çalışmalarımıza da devam ediyoruz.

Tütün Kontrol Programı

Dünyada sigara kullanımının giderek artması ve insan sağlığını tehdit etmesi nedeniyle hazırlanan ve bu konuda ilk uluslar arası anlaşma olma özelliğini taşıyan Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi, 21 Mayıs 2003 tarihinde DSÖ'nün 56. Dünya Sağlık Asamblesinde kabul edilmiştir. Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi 30 Kasım 2004 tarihli ve 25656 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak ülkemizce de kabul edilmiştir. Ülkemizde 2006 yılında gerçekleştirilen Aile Yapısı Araştırmasına göre 18 ve daha yukarı yaştaki bireylerin % 33,4'ü sigara kullanmaktadır. Erkeklerde sigara kullanım oranı % 50,6 iken kadınlarda bu oran % 16,6'dır.

Sözleşmenin imzalanmasını takiben, bu kapsamda yapılacak çalışmaların planlanması amacıyla, ilgili Bakanlıklar, Üniversiteler ve Sivil Toplum Örgütlerinin katılımı ile "Ulusal Tütün Kontrol Programı" hazırlandı. Ulusal Tütün Kontrol Programı, 7 Ekim 2006 tarihli ve 26312 sayılı Resmi Gazetede, 2006/29 sayılı Başbakanlık Genelgesiyle yayımlanmıştır. Ulusal Tütün Kontrol Programı kapsamında düzenlenecek faaliyetlerin ve bunların yerine getirilmesinden sorumluların belirlenmesi için "Ulusal Tütün Kontrol Programı 2008-2012 Eylem Planı" hazırlanmıştır. Eylem Planı 12.12.2007 tarihinde kamuoyuna tanıtılmıştır. Eylem Planı 10 başlıktan oluşmaktadır:

TÜTÜNLE MÜCADELE

Sigara, dünyada yılda 5 milyon, ülkemizde ise 100 bin kişinin ölümüne neden olan önemli ve önlenemez bir halk sağlığı sorunudur. Ülkemiz sigara tüketiminde Avrupa ülkeleri arasında 3. sırada, dünya ülkeleri arasında ise 10. sıradadır.

Türkiye genelinde 18 yaş üstü vatandaşlarımızın %33,4'ü sigara kullanmaktadır. Bu oran erkeklerde %50.6, kadınlarda %16.6'dır.

“Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun” 1996 yılında çıkarılmıştır. Ancak 2003 yılına kadar etkili bir tütünle mücadele stratejisi izlenememiştir. 2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Bakanlığımızın konuya verdiği önem çerçevesinde, Dünya Sağlık Örgütüncü onaylanan “Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi” 28 Nisan 2004 tarihinde Sağlık Bakanımız Prof. Dr. Recep AKDAĞ tarafından imzalanmış, TBMM’nde kabulünden sonra 30 Kasım 2004 tarihli Resmi Gazete’de yayımlanmıştır.

Sözleşmenin imzalanmasını takiben, Bakanlığımızca, “Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi” kapsamında ilgili Bakanlıklar, Üniversiteler ve Sivil Toplum Örgütlerinin katılımı ile “Ulusal Tütün Kontrol Programı” hazırlanmıştır.

Bu kapsamda kişileri ve gelecek nesilleri tütün ürünlerinin zararlarından, bunların alışkanlıklarını özendirici reklâm, tanıtım ve teşvik kampanyalarından koruyucu tedbirleri almak ve herkesin temiz hava soluyabilmesini sağlamak için, sigara ile mücadele konusunda en önemli adımlardan birisi olan, Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanunda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun TBMM’de 03.01.2008 tarihinde büyük destek göyerek kabul edilmiştir. Bu Kanunla Türkiye tütün tüketimini kontrol altına alma yolunda büyük bir adım atmış ve bu konuda yasal düzenlemesi olan dünyada sayılı ülkeler arasına girmiştir.

19 Mayıs 2008 tarihinden itibaren tüm kapalı alanlarda, toplu ulaşım araçlarında tütün kullanımı tarih olmuş, ülkemizin birçok yeri dumansız hava sahası ilan edilmiştir. Kanunumuz diğer ülke kanunlarıyla kıyaslandığında kişilere oldukça kapsamlı bir koruma getirmektedir.

Temel insan haklarından olan temiz hava soluma hakkından yola çıkarak hazırlanmış olan bu Kanunun en büyük destekçisi sağlıklı bir ortamda çalışma ve yaşama hakkına sahip olan vatandaşlarımız olmuştur.

Dünya Sağlık Örgütü Avrupa bölgesi, tütünle mücadelede örnek teşkil eden isimlere verilen 6 ödülünden birisini, Sağlık Bakanımız Prof Dr Recep AKDAĞ’ a vermiştir.

Dünya ülkeleri arasında tütün ve tütün ürünleri ile örnek bir mücadele sergileyen ülkemizde, çocuklarımız artık daha sağlıklı bir geleceğe doğru yürüyorlar. Temiz havaya kavuşan vatandaşlarımız, sabırsızlıkla Kanunun 19 Temmuz 2009 tarihinden itibaren yürürlüğe girecek ikinci bölümünü beklemektedirler.

1. Halkı Bilgilendirme, Bilinçlendirme ve Eğitim Faaliyetleri
2. Sigarayı Bırakmanın Teşviki, Kolaylaştırılması
3. Fiyat ve Vergilendirme Politikaları
4. Çevresel Tütün Dumanına Maruziyetin Önlenmesi
5. Reklâm, Promosyon ve Sponsorluk Faaliyetlerinin Düzenlenmesi
6. Ürün Kontrolü ve Tüketicinin Bilgilendirilmesi Faaliyetleri
7. Yasadışı Ticaretin Engellenmesi
8. Gençlerin Tütün Ürünlerine Erişiminin Engellenmesi
9. Tütün Üretimi ve Alternatif Politikalar
10. Tütün Kullanımının İzlenmesi ve Değerlendirilmesi

Bakanlığımız Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde 2007 yılında Tütün ve Bağımlılık Yapıcı Maddelerle Mücadele Daire Başkanlığı kurulmuştur. Ayrıca Ulusal Tütün Kontrol Programının uygulanması ve görevlerin yerine getirilmesinin koordinasyonu ve takibi ile tütünle mücadele faaliyetlerini yürütmek üzere illerde İl Tütün Kontrol Kurulları oluşturulmuştur.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tütün kontrolü konusunda gösterdikleri etkin çabalarından dolayı 53 ülkenin yer aldığı Avrupa Bölgesinde toplam 6 kurum ve kişiyi ödüllendirmiştir. Bu ödüllerden birisi de Sağlık Bakanımıza DSÖ Avrupa Bölge Direktörü Marc Danzon tarafından 8 Temmuz 2008 tarihinde Ankara'da düzenlenen bir törenle takdim edilmiştir.



4207 sayılı Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanunda vatandaşlarımızın sigara dumanına maruziyet sonucu sağlıklarının olumsuz etkilenmelerinin önlenmesi amacıyla yapılan değişiklikler doğrultusunda 19 Mayıs 2008 tarihinden itibaren yeni bir dönem başlamıştır. Öncelikle sigara içmeyenlerin, gençlerin ve çocukların korunmasını amaçlayan yasanın uygulanması sürecinde sigara içen vatandaşlarımızdan isteyenlerin de bu zararlı alışkanlıktan kurtulmalarını kolaylaştırmak için çalışmalar başlatıldı. Halen vatandaşlarımızı bilgilendirmek, farkındalık sağlamak ve davranış değişikliğine yönlendirmek amaçlı “Havanı Korum” ve “Dumansız Hava Sahası” sloganlı bir Medya Kampanyası sürdürmekteyiz..



Madde Bağımlılığı İle Mücadele

2003 yılında Adana, Ankara, Diyarbakır, İzmir, İstanbul ve Samsun’da DSÖ desteğiyle yapılan ESPAD (Alkol ve Diğer Madde Kullanımına Yönelik Avrupa Okul Araştırma Projesi) çalışması ile ülkemizdeki alkol ve madde bağımlılığının durumu hakkında önemli veriler elde edilmiş oldu. Bu doğrultuda aynı yıl okullarda uçucu madde içermeyen boya ve yapıştırıcıların kullanımının sağlanması için bir genelge yayınlandı.

Madde bağımlılığı hakkında toplumu bilgilendirme amacıyla il sağlık müdürlüklerimizce eğitimler düzenlenmektedir.

Anne-baba, öğretmenler, gençler, hastalar ve anne-babalar için rehber hazırlama çalışmaları devam etmektedir.

Öncülüğünü İsveç Alkol ve Diğer Maddeler Bilgi Konseyi’nin yapmış olduğu, 1971 yılından beri İsveç’te uygulanmakta olan ve daha sonra Avrupa ülkelerine yayılan “Alkol ve Diğer Madde Kullanımına Yönelik Avrupa Okul Araştırma projesi” ülkemizde Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı ve İçişleri Bakanlığı işbirliği ile yürütülmektedir.

Bu projenin temel amacı, tütün, alkol ve diğer maddelerle ilgili Avrupa ülkelerinde eş zamanlı olarak araştırma yapılmasıdır. Mümkün olduğu kadar fazla Avrupa ülkesinde 15-16 yaş grubu öğrenciler arasında alkol, tütün ve diğer bağımlılık yapıcı maddelerin kullanımı hakkında kıyaslanabilir veri elde etmek; uzun vadede ise Avrupa’da ki öğrenciler arasında alkol ve madde kullanma alışkanlığı trendini izlemek ve ülkeler arası kıyaslamalar yapabilmek hedeflenmektedir.

Temel eğitim konularını içeren bir “Madde Kullanımı Önleyici Eğitim Rehberi” hazırlanarak İl Sağlık Müdürlükleri, ilgili tüm kurum-kuruluşlar ve sivil toplum örgütleri ile paylaşılması ve bu alanda farklı kurum, kurulu ve sivil toplum örgütlerince verilen eğitimlerde ortak bir dil oluşturulması, eğitimlerde zarar verebilecek nitelikteki ifadelerin kullanımının önlenmesi amacıyla; Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı ve alan uzmanlarının katılımıyla bir komisyon oluşturulmuştur.

i) Akıl ve Ruh Sağlığı (Mutlu Bireyler)

Ruh sağlığı hizmetlerinde kullanılan ruh sağlığı formlarının ihtiyaca cevap vermemesi nedeniyle özellikle -tanı sınıflandırılması- güncelleştirme çalışmalarına Ekim 2003 tarihinde başlanılmış ve tamamlanmıştır.

13.10.2005 tarih ve 14160 sayılı “Ruh Hastalarının Sevk ve Takipleri Hakkında” genelge ile ruh hastalarının sevk ve takipleri çağdaş hukuka uygun olarak düzenlenmiştir. Genelgede ruh hastalarının vasilik tayini işlemleri de Medeni Kanun’a uygun olarak ayrıntılı olarak belirtilmiştir.

TCK’nın 46. maddesine tabi olan, cezai ehliyeti olmayan kişilere yönelik Avrupa Birliği ülkelerinde de uygulanan orta ve yüksek güvenlik sistemlerine haiz birimler (adli psikiyatri yatakları) oluşturulması için çalışmalar sürdürülmektedir. Bu anlamda konuyla ilgili olarak halen faaliyette bulunan bölge hastanelerimizde TCK’nın 46. maddesine tabi adli sebepten muhafaza ve tedavisi gereken hastalardan son beş yıl içerisinde bir yıldan fazla süreli olarak muhafaza edilenlerin sayısı aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

2005 yılında Hollanda Ermelo Meerkanten Psikiyatri Merkezi ile Türkiye Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi arasında başlatılan işbirliği ile kronik ruhsal bozukluğu olan hastalara yönelik “Kronik Şizofreni Hastaları İçin Toplum Tabanlı

| Hastane | Bir Yıldan Fazla Süreli Muhafaza Edilen |
|---------------|---|
| Bakırköy | 235 |
| Elazığ | 120 |
| Adana | 14 |
| Manisa | 70 |
| Samsun | 41 |
| Toplam | 480 |

Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Geliştirilmesi Projesi” hayata geçirilmiştir. MATRA projesi ile desteklenen proje 3 yıl süreli olarak uygulanmaya başlamış olup; 2008 yılı sonunda bitecektir. Devamının sağlanması için çalışmalar sürmektedir. Bu projenin amacı, şizofren ve mental retarde hastaların tedavisi için toplum tabanlı ruh sağlığı hizmet kapasitesinin artırılmasıdır.

Proje ile yataklı tedavi kurumundan ayrılmış şizofrenisi olan ve/veya mental retarde hastalar için toplum tabanlı hizmet sunulması hedeflenmiştir. Bu hastalar için 15 -20 korumalı evin kurulması, yaklaşık 100 hasta için mesleki rehabilitasyon sağlamak ana hedeflerdir ve proje kapsamında hayata geçirilmiştir.

Yine Avrupa Birliği IPA 2008 programına SHÇEK (Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu) Genel Müdürlüğü tarafından önerilen “Özürlülere Yönelik Hizmetlerin Geliştirilmesi” isimli proje komisyonunda görüşülmeye başlanmıştır. 2009–2012 tarihleri arasında gerçekleştirilecek olan projenin ana faydalanıcısı Sağlık Bakanlığıdır. Söz konusu proje için Bakanlığimiz bünyesinde Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü koordineli olarak çalışacaktır. Ortak projenin ilk aşamasında özürlüler özellikle ruhsal özürlüler için sunulacak bakım ve hizmet modelleri ile ilgili olarak diğer Avrupa ülkelerinde yapılan uygulamaların incelenmesi yer almaktadır. İkinci aşamada ise Türkiye de ki mevcut uygulamaların incelenmesi ve ülkemiz için uygun hizmet modelinin geliştirilmesi planlanmıştır. Projede doğrudan sözleşme yoluyla DSÖ’nün (WHO) teknik desteği sağlanacaktır.

İPA 2009 programına ise projenin devamı sunulacak olup toplum temelli ruh sağlığı hizmetinin pilot uygulamasının başlatılması planlanmaktadır. Bu proje doğrultusunda ilk aşamada 2 pilot il (Ankara ve Bolu) seçilecek olup; her iki ilde toplum ruh sağlığı merkezlerinin kurulması planlanmaktadır. “Toplum Ruh Sağlığı Merkezi”nde özürlü bireyler, ruhsal hastalığı olan bireyler ve onlara bakım veren aile bireylerine yönelik psiko-sosyal destek programları, bireysel ve grup çalışmaları, iş ve uğraşı terapisi gibi hizmetler sunulacaktır.

Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadele Çalışmalarına, 3 Ocak 2008 tarihinde Kadından Sorumlu Devlet Bakanlığı ve Bakanlığimiz arasında imzalanan “ Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadelede Sağlık Personelinin Rolü ve Uygulanacak Prosedürler Eğitimi” protokolu doğrultusunda başlanmıştır. Koordinatör birimler olarak Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü ve Bakanlıımızda Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tespit edilmiştir. Bu protokol kapsamında 81 ilden yaklaşık 500 kişinin 5 gün süreli eğitici eğitimlerine Haziran 2008 de başlanmış olup; bu kişilerin kendi illerindeki ilgili personeli (doktor, hemşire, ebe, sağlık memuru, psikolog, sosyal çalışmacı v.b.) eğitmeleri sağlanacaktır.

Kasım 2008 tarihi itibarıyla eğitici eğitimleri tamamlanmış olup, 2009 yılında 81 ilde saha eğitimlerine başlanacaktır.

Ruh Sağlığı Kontrol Programı

Ulusal Ruh Sağlığı Politikası metni 2006 yılında açıklanmıştır. Metnin oluşturulmasında DSÖ'nün ruh sağlığı politikaları ile ilgili önerdiği yedi modül esas alınmıştır. Bu açıdan metin hem genel olarak, hem de modüller kendi içinde uygun bir şekilde yapılandırılmıştır. Bu haliyle DSÖ'nün ruh sağlığı alanı ile ilgili modern vurgularına sahiptir. Politika metnindeki temel öneriler şöyledir:

- Ruh sağlığı sisteminin toplum temelli olması, genel sağlık sistemine ve birinci basamağa entegre edilmesi,
- Toplum temelli rehabilitasyon çalışmalarının yapılması,
- Ruh sağlığı alanına ayrılan paranın arttırılması,
- Ruh sağlığı hizmetlerinin kalitesinin arttırılması,
- Ruh sağlığı alanı ile ilgili yasaların çıkarılması,
- Damgalamaya karşı hasta haklarının savunulması,
- Ruh sağlığı alanında eğitim, araştırma ve insan gücünün arttırılmasıdır.

Bu politika metninin sonrasında Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı hazırlık çalışmaları kapsamında bir taslak metin hazırlanmış, Bakanlığımız temsilcileri, Sivil Toplum Kuruluşları, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastaneleri Başhekimleri ve akademisyenler ile Ankara'da gerçekleştirilen bir toplantıda tartışmaya açılmıştır.

Eylem Planı Taslağı'nda aktiviteler aşağıdaki alt başlıklarda toplanmıştır:

1. Ruh sağlığı hastalarının hastalıklarının doğasına uygun hizmetler topluluğunu doğal yaşam ortamlarında almalarını sağlamak, toplum temelli ruh sağlığı hizmeti vermek,
2. Psikiyatri hastalarına ayrılan yatak sayılarının artırılması,
3. Ruh sağlığı alanında çalışan sayısının artırılması,
4. Ağır ruhsal hastalığı olan kişilerin bakımı ve ruh sağlığı hastalarının istihdamı,
5. Ruh sağlığı alanında yasal düzenlemeler yapılması ve yüksek güvenilirli adli psikiyatri hastaneleri açılması,
6. Ruh sağlığı alanında savunuculuk faaliyetleri,
7. Ruh sağlığı alanında eğitim ve araştırma,
8. Ruh sağlığı alanına ayrılan bütçenin artırılması,
9. Ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamağa entegrasyonu,

10. Ruh sağlığı alanında akılcı ilaç kullanım politikalarının geliştirilmesi,
11. Çocuğun psikososyal gelişiminin desteklenmesi ve çocuklara yönelik ruh sağlığı hizmetleri,
12. İntiharın önlenmesi,

0–6 Yaş Çocuğun Psikososyal Gelişimini Destekleme Programı

“0–6 Yaş Çocuğun Psikososyal Gelişimini Destekleme Programı”nın ülke geneline yaygınlaştırılma çalışmaları 2005 yılı Haziran ayında başlatılmıştır.

Program; temel sağlık hizmetleri içinde gebelikten başlayarak, 0–6 yaş çocuğun gelişiminin ve büyümesinin, ruhsal ve sosyal açıdan sağlığının, biyopsikososyal bakış açısıyla bir bütün olarak izlenmesini, desteklenmesini, risk faktörü ve patolojilerin erken belirlenmesi yolu ile erken müdahale sağlamayı hedeflemektedir.

Programın uygulayıcıları olan birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan ebe, hemşire ve hekimlerin verilen eğitimlerle ihmal-istismar, aile içi şiddeti etkileyen risk faktörleri konularında farkındalıkları arttırılmakta, bu faktörlerin aile bütünlüğüne ve çocuğun gelişimine olan olumsuz etkileri hakkında bilgilendirilmekte, gelişimi etkileyen süreçler gelişim ve büyümenin izlenmesi konularında bilgi verilmektedir.



Program uygulayıcıları, kadına-bebeğe ve çocuğa yönelik her türlü ihmal ve istismar (aile içi şiddet vb.) durumlarında;

- Ne şekilde müdahale edilmesi gerektiği,
- İhmal-istismar vakalarında fizik muayenede dikkat edilmesi gereken noktalar,
- İstismar vakalarında sağlık personelinin sorumlulukları, bildirim ve gerekli yasal işlemlerin başlatılması konularında bilgilendirilmektedirler.

Anne-babada depresyon, anksiyete bozukluğu ve şizofreni gibi ruhsal bozuklukların bulunması, çocuğun planlanmamış veya istenmeyen çocuk olması, ailede alkol ve madde kullanımı ile ilişkili bozukluk öyküsü, bakım güçlüğü olan bebek-çocuk (prematüre, engelli, gelişim geriliği olması durumu vb.), ailenin sosyo-ekonomik şartlarında mevcut sorunlar (kalabalık aile, okur-yazarlık durumları, işsizlik, göç vb.), anne-babanın yaşları (ergen evlilikleri ya da geç yaşta çocuk sahibi olunması), ailenin karşılaştığı travmaların çocuğa ve bebeğe yönelik ihmal-istismar ile aile içi şiddeti tetikleyen risk faktörleri olduğunun vurgulandığı eğitimle sağlık personelinin konu hakkında duyarlılığı artırılmaya çalışılmaktadır. Aynı zamanda eğitim almış sağlık personeli tarafından gerek sağlık ocağına müracaat eden, gerek ev ziyaretleriyle tespit edilen gebe ve 0-6 yaş çocuklar yukarıda sözü edilen başlıklarda sorgulandığı takip kartları ile izlenmekte ve sorun tespit edilen ailelere gerekli destek ve bilgi verilmeye çalışılmaktadır. Sağlık ocağının hizmet kapsamı dışındaki sorunların giderilmesi için ise aileler, destek alabileceği ilgili kurumlara yönlendirilmektedir.

Adı geçen programla ülkemizde ilk kez baba görüşmeleri de kartla takip edilmeye başlanmış olup, gebenin/annenin desteklenmesi, alkol ve sigara tüketimi, sağlıklı beslenme ve aile planlaması konularında babalara bilgi verilmekte ve şiddet için risk faktörü olarak görülen unsurlar sorgulanmaktadır.

Halen 41 ilde yürütülen,, 0-6 Yaş Çocuğun Psikososyal Gelişimini Destekleme Programı'nın 2009 yılı sonuna kadar 81 ile yaygınlaştırılması hedeflenmektedir.

İntihar Olgusu Ve Önlenmesi

Ruhsal bozukluklara bağlı olarak ortaya çıkan intiharlar gerek dünyada gerekse de ülkemizde giderek artış göstermekte, günümüzde dünyada yılda ortalama bir milyon kişi intihar ederek yaşamına son vermektedir. İntihar epidemiyolojisine bakıldığında kültürlerarası farklılıklar görülse de pek çok ülkede trafik kazalarından sonra özellikle gençlerde önde gelen ölüm sebeplerinden biri olarak dikkati çekmektedir.

Ülkemizde intihar oranı TÜİK'in 2002 verilerine göre yüz binde 3,30 olup, intiharların yavaş ancak belirgin bir artış gösteriyor olması, bu alanda etkili politikalar geliştirilmesini ve öncelikle intiharı önleme çalışmalarının olmazsa olmazları olarak kabul edilebilecek sağlık çalışanlarının bu anlamda eğitilmelerinin temel ilke olarak benimsenmesini zaruri kılmaktadır.

Bakanlığımızca ülkemizde intiharı önleme çalışmalarına 2004 yılı itibarıyla başlanılmış ve bu anlamda 21-24 Eylül 2004 tarihleri arasında Yalova ilinde

psikiyatristler ve il sağlık müdür yardımcularına yönelik il eğitcileri eğitimi düzenlenmiştir.

Eğitim alan psikiyatristlerce (doktor, psikolog ve sosyal hizmet uzmanlarına) yönelik il eğitimleri verilmiş, bu doğrultuda 16.056 sağlık çalışanının eğitimi tamamlanmıştır.

“İntihar Olgusu ve önlenmesi” adında kitapçık hazırlanarak 2004 yılında basımı gerçekleştirilmiştir.

Ayrıca sağlık mensupları ve diğer meslek mensuplarına kaynak özelliği taşıyacak DSÖ yayınlarından 6 kitapçıktan oluşan seri 2004 ve 2006 yıllarında olmak üzere toplam 120 bin adet olarak bastırılmış ve dağıtımı yapılmıştır.

Acil Serviste İntihar Girişimlerine Psikososyal Destek Ve Krize Müdahale Programı

İntihar girişimleri ve diğer kriz durumları ile karşılaşan kişilere ve ailelerine uygun zamanda, gerekli psikososyal desteğin verilmesi amaçlanmaktadır.

Bu amaçla da; hastane acil servis çalışanları, kriz odası birim sorumlusu, 112 acil çalışanları ve birinci basamak sağlık personelini intihar olgusu ve önlenmesi hakkında bilgilendirmekte ve kriz halinde bulunan hastalara uygun yaklaşım yolları konusunda eğitim verilmektedir.

İntihar girişiminde bulunan veya diğer kriz durumları ile karşılaşan kişilere ve ailelerine bu alanda eğitim almış profesyonellerce, acil medikal tedaviden sonra uygun zamanda, gerekli psikososyal destek sağlanmaktadır.

Her türlü intihar riski taşıyan ve intihar girişiminde bulunan hastalar dışında, aile içi şiddet, istismar olguları, kayıplar (sevilen birinin kaybı, statü kaybı, sağlığın kaybedilmesi –lmcl hastalığa yakalanma, organ kaybı- , boşanma, iflas), insan eliyle ya da çeşitli doğal yollarla gelişen zorlu yaşam koşulları (g, trafik kazaları, sınav kaygısı, yangın, deprem, sel) ana hizmet alanları olarak belirlenmiştir.

Diğer taraftan multidisipliner yapı içerisinde diğer meslek mensuplarına (rehber öğretmenler, polisler, jandarma görevlileri, hapishane çalışanları, din görevlileri, yerel medya mensupları ve itfaiyecilere) yönelik olarak verilen il eğitimleri tamamlanmıştır.

Bu kapsamında 17.667 sağlık çalışanı ve 4.926 ilgili diğer meslek mensubu eğitimi tamamlanmıştır.

Hali hazırda söz konusu program 49 ilde 97 hastanede yürütülmektedir. Programın, 2010 yılı sonuna kadar ülke geneline yaygınlaştırılması planlanmaktadır.

j) Sağlığın Geliştirilmesi, Kronik Hastalıklar İçin Toplumsal Hareket ve Bilinç Gelişimi

Sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik davranış değişikliği oluşturmak, vatandaşları sağlıklarını ilgilendiren konularda talepte bulunan ve karar veren konuma getirebilmek amacı ile sağlık eğitimi başta olmak üzere, organizasyonel, ekonomik ve çevresel bazda verilen desteklerin bileşimine Sağlığın teşviki veya sağlığın geliştirilmesi (Health Promotion) denilmektedir. Bu alan kişilerin en uygun sağlık durumunun sağlanması yönünde hareket edebilmeleri için yaşam tarzlarını değiştirmelerine yardım eden bir sanat ve bilim dalıdır. Bu amaçla yapılan sağlık eğitimi, sağlığı toplumsal bir değer haline getirmeyi, halkı sağlık sorunlarını çözmek için kullanabileceği bilgi ve becerilerle donatmayı ve kişilerde sağlıkla ilgili düşünce, inanç tutum, davranış ve yaşam biçimi değişikliği oluşturmayı amaçlamaktadır

Sağlığın teşviki/geliştirilmesi faaliyetleri:

- Mortalitenin azaltılmasına yardımcı olur,
- Önde gelen risk faktörleri ve altta yatan sağlık belirleyicilerine hitap eder,
- Sürdürülebilir sağlık sistemlerinin güçlendirilmesine yardım eder,
- Sağlığı geniş ölçekli kalkınma gündeminin merkezine yerleştirir.(Kaynak: DSÖ)

Tarihsel süreç: Lalonde Raporu (Kanada'luların Sağlığında Yeni Bir Perspektif) (1974) ile sağlığın teşvikinden kavram olarak bahsedilen ilk rapordur. 1978 Alma-Ata konferansında DSÖ, birinci basamak sağlık hizmetlerinin, sosyal adalet ve gelişmenin bir parçası olarak tüm dünyada istenen sağlık düzeyine ulaşmada anahtar rol oynadığını kabul etmiştir. Alma -Ata'dan bu yana sağlıkla ilgili pek çok gelişme yaşanmıştır. Bir çok hastalığın kişilerin yaşam tarzı ile ilişkili olduğunun anlaşılması, sosyal, ekonomik, kültürel, çevresel, davranışsal ve biyolojik faktörlerin sağlığı olumlu yönde etkileyebildiği gibi olumsuz da etkileyebildiğinin kavranması, bazı hastalıklara ilişkin risk faktörlerini tanımlayan bilimsel kanıtlar, mortalite ve morbiditelerdeki azalmanın yanı sıra yaşam kalitesine ilginin artması ve sağlık eğitimi ile ilgili geleneksel stratejilerin etkililiklerinin sınırlı olması, entegre bir yaklaşım olarak 1980 yılında "sağlığı geliştirme" kavramının gündeme gelmesine neden olmuştur. 1986 yılında Ottawa Bildirgesi'nde Sağlığı geliştirme, "kişilerin sağlıklarını geliştirmelerinin ve sağlıkları üzerindeki kontrollerini arttırmalarına imkân sağlayan süreç" olarak tanımlanmıştır. Bu tanım sağlığı geliştirme yaklaşımının uygulanması için yapılacak girişimlerin güçlendirici, toplum katılımlı, sektörler arası, eşit ve hakkaniyetli, ulaşılabilir ve çok stratejili olmasını gerektirmektedir.

1997 de Jakarta konferansı'nda sağlık için uluslar arası stratejiler geliştirilmesinin önemi ve sağlığın temel bir insan hakkı olduğu sosyal ve ekonomik gelişme için şart olduğu, sağlığın geliştirilmesinin, kişilerin kendi sağlıkları üzerinde kontrollerini artırarak sağlıklarını geliştirmelerini sağlayan bir süreç olduğu ve sağlığın geliştirilmesinde sağlığın belirleyicilerinin önemi üzerinde durulmuştur. 2005 de Bangkok "Küreselleşmiş Bir Dünyada Sağlığı Geliştirme Konferansı"nda sağlığın belirleyicilerini saptamak için gerekli eylemler ve öneriler tanımlanmıştır.

DSÖ 21. yüzyılda sağlığı geliştirme konusunda 5 temel önceliğin olduğunu belirtmiştir. Bunlar;

1. Sağlık için sosyal sorumluluğun geliştirilmesi
2. Sağlığın gelişmesi için yatırımların artırılması
3. Sağlık için sektörlerarası işbirliğinin sağlanması ve artırılması
4. Toplumun kapasitesinin artırılması ve bireylerin güçlendirilmesi
5. Sağlığı geliştirme için alt yapının sağlanmasıdır.

Sağlığın geliştirilmesindeki amaç, doğru sağlık davranışlarının geniş halk kitlelerine uygulanmasının sağlanmasıdır. Bu kapsamda sağlığı geliştirme uygulamaları, kişilerin, kişisel seçim ve sosyal sorumluluklarını geliştirerek kendi sağlıklarını geliştirmelerini sağlayacak süreci ifade etmektedir. Sağlığı geliştirme uygulamaları sağlıklı politikalar ve destekleyici bir çevre yaratmayı klinik ve tedavi hizmetlerinin ötesinde, sağlık hizmetlerinin tümüyle yeniden düzenlenmesini de kapsamaktadır.

Sağlık, kişiler ve toplum için önem arz etmektedir. İnsanlar hastalıklara karşı korunmayı, çocuklarını daha sağlıklı bir çevrede büyütmeyi, çalıştıkları işyerlerinin güvenli ve hijyenik olmasını beklerler. Güvenilir ve yüksek kalitede sağlık hizmetlerine erişebilmeye ihtiyaç duyarlar. Bu noktada Sağlık Bakanlıklarının daha sağlıklı tercihleri yapmayı mümkün kılmak ve insanlara doğru, güvenilir bilgi verilmesini sağlayarak sağlıklı kişileri ve hastaları desteklemek, sağlığı teşvik etmek ve beslenme, fiziksel aktivite, alkol tüketimi ve sigara içme gibi sağlığı etkileyen unsurların kontrolüne yardım etmek ve akıl sağlığı gibi önemli sorunlarla ilgilenmek, vatandaşın sadece hizmet alan değil hizmet talep eden bir hale getirilmesini sağlamak amacıyla yeni bir yapılanmaya gitmeleri gerekliliği doğmuştur.

Bakanlığımızda da bu anlayış doğrultusunda ülkemizde var olan hastalıkların araştırılması, bu hastalıklara ilişkin halkın bilinç düzeyinin artırılması ve bu hastalıkları oluşturan risk faktörleriyle mücadele ve koruyucu sağlık hizmetlerine daha fazla öncelik verilerek halkın sağlık düzeyinin yükseltilmesi, insanların sağlık konusunda bilinç düzeylerinin artması, sağlık açısından risklerin önceden

belirlenerek hastalıklar oluşmadan gerekli önlemlerin alınması ve böylece hastalıklara bağlı kalıcı sakatlıkların, iş gücü kayıplarının ve sağlık harcamalarının azaltılması, toplumun sağlık ihtiyaçlarına göre sağlık hizmetlerinin yeniden düzenlenmesinin sağlanması amacıyla “Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Daire Başkanlığı” ve ayrıca “Kronik Hastalıklar ve Durumlar Daire Başkanlığı” kurulmuştur.

Bu daireler, sağlık açısından öncelikli sorunlar ve öncelikli grupların tespit edilmesi, hastalıklar ve risk faktörleri konusunda gerekli tarama programlarının planlanması ve yürütülmesi, kamu kurum ve kuruluşları, yerel yönetimler, üniversiteler ve diğer örgün eğitim kurumları, sivil toplum örgütleri, işyerleri vb. ile işbirliği içerisinde ulusal sağlığın geliştirilmesi programlarının yürütülmesi ve bunların “etki değerlendirme” çalışmalarının planlanması, yürütülmesi ve sonuçların analizi, hizmet sunum alanlarında karşılaşılan sorunlar üzerine araştırma ve geliştirme çalışmalarının koordine edilmesi, uluslararası kuruluşlarla (DSÖ, AB, OECD, CDC, ECDC vb.) koordinasyon, işbirliği ve ortak sağlığın geliştirilmesi programları yürütülmesinin sağlanması çabalarının yanı sıra, ulusal plan ve politikaların ne kadar benimsendiğinin ve uygulamaya konulduğunun düzenli olarak takip ve değerlendirilmesini sağlamak üzere yapılandırılmıştır.

Sağlığı Teşviki ve Geliştirilmesi Daire Başkanlığı'nın görev alanı içerisinde, medya, ulusal ve/veya uluslararası kurumlar, sivil toplum örgütleri vb. ile beraber sosyal pazarlama teknikleri de kullanılarak vatandaşların eğitilmesi ve sağlıkları konusunda karar verebilecekleri düzeye getirilmelerine yönelik faaliyetlerde bulunması, sağlık çalışanlarına ve halka yönelik bilgilendirme kampanyaları yürütülmesi, sağlık danışma hatları ve doğru sağlık bilgi kaynaklarının sağlanması faaliyetlerinin yürütülmesi, sağlığın geliştirilmesi çalışmaları kapsamında gerekli her tür materyalin (afişler, broşürler, rehberler, kitaplar, kitle iletişim spotları vb.) üretilmesi ve dağıtılması ile toplantı, organizasyon ve tanıtım faaliyetleri yer almaktadır.

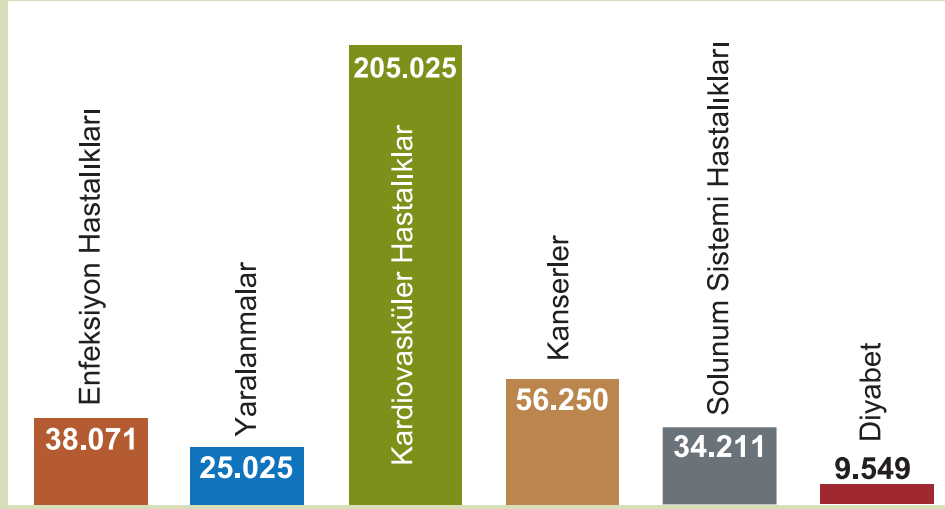
Sağlığın geliştirilmesi kapsamında sağlık çalışanları ile vatandaşlar arasındaki ilişkileri sevgi esasıyla gündeme getiren “sevgi en iyi ilaçtır” başlıklı çalışma bitirilmiş, dumansız hava sahası çalışmasına devam edilmektedir. Geniş çaplı bir hijyen kampanyası ile obezitenin önlenmesi ve fiziksel aktivitenin artırılmasına dönük promosyon çalışmaları ise 2009 yılında hayata geçirilecektir.

Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleriyle Mücadele

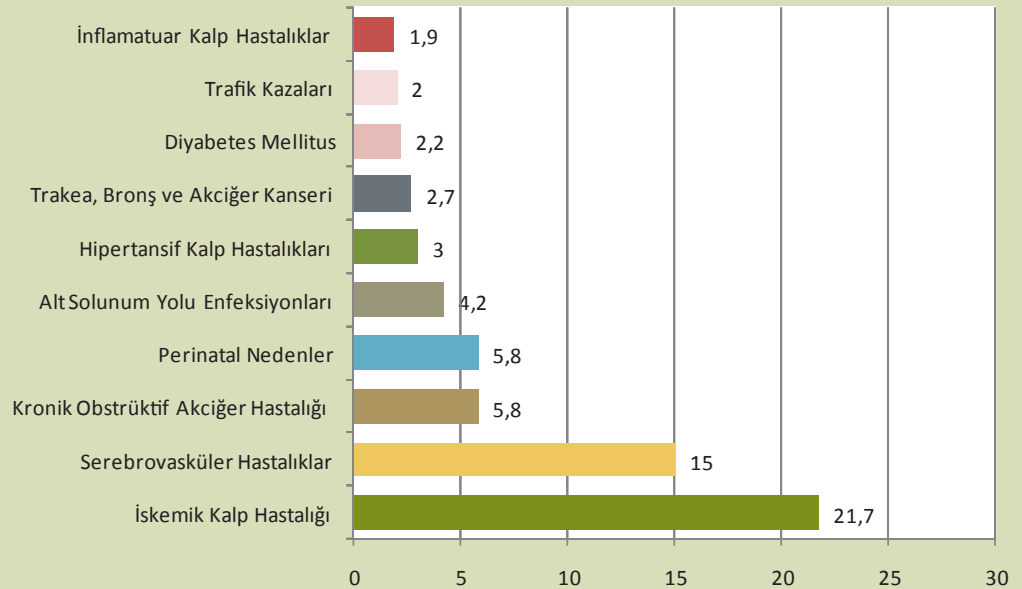
Halen tüm dünyada ve ülkemizde beklenen yaşam süresinin ve sağlıklı yaşam alışkanlıklarının artışı ile birlikte kronik hastalıklar da artmaktadır. Dünyada 2005 yılında 35 milyon kişi kronik hastalıklardan hayatını kaybetmiştir ve ölümlerin %60'ı kronik hastalıklar nedeniyle meydana gelmektedir.

Türkiye Ulusal Hastalık Yükü Çalışması 2003 verilerine göre ise; Ülkemizdeki ölümlerin % 71'i kronik hastalıklar nedeniyle oluşmakta ve ulusal düzeyde ölüme neden olan ilk 20 hastalık içinde bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar (İskemik Kalp Hastalıkları, Serebrovasküler Hastalıklar, KOAH, Trakea Bronş ve Akciğer Kanseri, Hipertansif Kalp Hastalıkları, Diyabetes Mellitus gibi) ilk sıralarda yer almakta ve önemli hastalık yükü oluşturmaktadırlar.

2000 Yılı Ölüm Sayılarının Hastalık Nedenlerine Göre Dağılımı



Türkiye'de Ulusal Düzeyde Ölüme Neden Olan İlk On Hastalığın (%) Dağılımı



Kronik hastalıkların yaşam süresi ve kalitesine olan olumsuz etkisi, maddi ve manevi maliyetlerin yüksekliği düşünüldüğünde yaşam tarzını değiştirmeye yönelik koruyucu programların önemi daha iyi anlaşılacaktır. Risk faktörlerinin kontrol altına alınması ve diğer temel önlemlerle hastaneye yatış, pahalı tedavi edici ve cerrahi işlem gerektiren hastalıkları ve bu hastalıklara bağlı işgücü kayıpları ve ölümler ve bunlara bağlı ekonomik yük de azalacaktır.

Buradan hareketle Bakanlığımız Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü-müz bünyesinde Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Ve Kronik Durumlar Daire Başkanlığı, Tütün Ve Bağımlılık Yapıcı Maddelerle Mücadele Daire Başkanlığı, Beslenme Ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlıkları kurulmuştur.

Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı

Kalp ve damar hastalıkları, dünyada en sık ölüm sebebidir ve uzun bir süre daha bir numaralı ölüm sebebi olarak devam edeceği tahmin edilmektedir. 2005 yılında tahminen 17,5 milyon insan kalp ve damar hastalıkları sebebiyle ölmüştür ve bu küresel ölümlerin %30'unu teşkil etmektedir.

Ülkemizde de ölüm nedenleri arasında ilk sırayı tüm ölüm nedenlerinin %47,73 ünü oluşturan Kardiyovasküler Hastalıklar almaktadır. Ölüme neden olan ilk on hastalık içerisinde İskemik Kalp Hastalıkları (%21,7) ve Serebrovasküler Hastalıklar (%15) ilk sıralarda yer almaktadır. Ülkemizdeki Hipertansiyon sıklığı çeşitli araştırmalarda kadınlarda % 18,2 – 49,1 erkeklerde ise %7,5 – 39 olarak bulunmuştur.

Daha sağlıklı bir Türkiye için, başlıca risk faktörlerinin azaltılması yolu ile kalp ve damar hastalıklarının önlenmesi ve bu alanda kontrolün sağlanması amacıyla Bakanlığımız ve ilgili Sivil Toplum kuruluşları işbirliği ile “Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı, Risk Faktörlerine Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı” hazırlanmıştır.

Planın hedefi; Kalp ve damar hastalıkları konusunda toplumu bilgilendirmek, toplumsal farkındalığı arttırmak, başlıca risk faktörleri konusunda olumlu ve kalıcı davranış değişiklikleri oluşturmak suretiyle insanların sağlık açısından kalitesi yüksek bir hayat sürdürmelerini sağlamaktır.

Kalp ve Damar Hastalıklarında ikincil ve üçüncül korumaya yönelik diğer yaklaşımlarla (insan gücü, teknoloji, ilaç ve finansman dahil) ilgili program taslağı oluşturulmuş olup 2009 yılının ilk yarısında ulusal programa dahil edilecektir.

GARD: Solunum Yolu Hastalıklarına Karşı Küresel İttifak

Dünya Sağlık Örgütü' nün Kronik Solunum Yolu Hastalıklarının önlenmesi ve kontrolü için oluşturduğu ve kısaca GARD olarak bilinen "Solunum Yolu Hastalıklarına Karşı Küresel İttifak" adlı proje Türkiye'nin de aralarında yer aldığı 79 üye ülkenin katılımıyla hayata geçirilmiştir.

Kronik Solunum Yolu Hastalıklarının (Astım-KOAH) önlenmesi amacıyla ülkemizde konu ile ilgili tüm kurum ve kuruluşların katılımı ile DSÖ liderliğinde oluşturulan " Solunum Yolu Hastalıklarına Karşı Küresel İttifak" ın (GARD- The Global Alliance Against Chronic Respiratory Diseases) 26 Ekim 2007' de Türkiye Genel Kurulu yapılmıştır. 30-31 Mayıs 2008 tarihinde ise GARD Ülke Lansmanı ve III. Dünya Genel Kurulu ülkemizin ev sahipliğinde İstanbul'da yapılmıştır. Bu toplantıda "Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıkları Ulusal Eylem Planı" taslağı sunulmuş olup, bu eylem planının tamamlanarak uygulamaya geçirilmesiyle Astım ve KOAH' a bağlı hastalık ve ölümlerin ve beraberinde getirdiği ekonomik yükün azaltılması hedeflenmektedir. "GARD Türkiye Eylem Planı" bu konuda Dünya'da hazırlanmış ilk eylem planıdır.

Diyabet Kontrol Programı

Dünya Sağlık Örgütü dünya genelinde 180 milyondan fazla insanın diyabetli olduğunu tahmin etmektedir. 2005 yılında 1.1 milyon kişinin diyabetten dolayı öldüğü tahmin edilmektedir. Diyabetten ölümlerin %80'i düşük veya orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir. DSÖ, acil olarak harekete geçilmezse, diyabetten ölümlerin önümüzdeki 10 yıl içerisinde %50'den fazla artacağını belirtmektedir.

Ülkemizde diyabet prevalansı Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışması'na (TURDEP) göre %7,2 (kadınlarda %8.0 ve erkeklerde % 6.2) olarak saptanmıştır. TEKHARF çalışmasında ise, erkeklerde %8.1 ve kadınlarda %8.9 olarak bulunmuştur. Türkiye'de ulusal düzeyde ölüme neden olan ilk 10 hastalığın % dağılımı incelendiğinde ise İskemik Kalp Hastalıkları %21.7 ve Serebrovasküler Hastalıklar %15.0 oranları ile ilk iki ölüm nedenini oluştururken, Diyabet %2.2 ile 8. sırada yer almaktadır.

"Ulusal Diyabet Kontrol Programı" ve ilgili eylem planlarının geliştirilmesi çalışmaları devam etmektedir. 2009 yılında kontrol programının tamamlanması hedeflenmektedir.

Türkiye’de Diyabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının İnsidans ve Prevalans Hızları

| Hastalık kategorileri | İnsidans (100.000) | | | Prevalans (1000) | | |
|-----------------------|--------------------|----------|----------|------------------|--------|--------|
| | Erkek | Kadın | Toplam | Erkek | Kadın | Toplam |
| Diyabetes mellitus | 3210,200 | 4280,100 | 3820,000 | 46,500 | 62,800 | 55,800 |
| Diyabetik ayak | 386,600 | 411,500 | 398,900 | 2,000 | 2,100 | 2,000 |
| Nöropati | 92,600 | 110,200 | 101,300 | 8,600 | 9,300 | 8,900 |
| Retinopati-körlük | 2,400 | 2,200 | 2,300 | 0,200 | 0,200 | 0,200 |
| Amputasyon | 6,800 | 5,000 | 5,900 | 0,100 | 0,100 | 0,100 |

Kaynak: Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Çalışması Hastalık Yüğü Final Raporu, Ankara, 2005.

Özürlüler

Özürlülük ölçütünün tespiti ve uygulama esasları, Maliye Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ve Milli Eğitim Bakanlığı ile Özürlüler İdaresi Başkanlığınca müştereken çıkarılacak yönetmelikle belirlenir.” hükmü uyarınca Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı koordinatörlüğünde “Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik” 16 Temmuz 2006 tarih ve 26230 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir.

Özürlülerin sağlık kurumlarına kolay ulaşımını sağlamak ve hastanelerimizdeki yoğunluğu azaltmak amacıyla, özürlü sağlık kurulu vermeye yetkili sağlık kuruluşlarının sayısının artırılması çalışmaları sonucunda 2006 yılında bu sayı 261 iken bu sayı 2007 yılında 377’ye yükseltilmiştir.

Söz konusu Yönetmelik çerçevesinde uluslar arası standartlar göz önünde bulundurularak bilimsel kurullar marifetiyle hastalık ve özür durumlarına ilişkin olarak tüm vücut fonksiyon kaybı oranları yeniden belirlenmiş olup sistemler bazında bir cetvel hazırlanmıştır.

Ayrıca; Sağlık hizmetlerini talep eden özürlü kişilerin bu ihtiyaçlarının durumlarına uygun ortamlarda, hızlı, verimli ve mağdur edilmeden karşılanması için “Özürlü Kişilere Yönelik Sağlık Hizmetlerinin Sunumu” konulu 05.06.2008 tarih ve 17999 (2008/43) sayılı Genelgemiz yayımlanmıştır.

DSÖ Avrupa Bölgesi CINDI Programı - Bulaşıcı Olmayan Hastalıklara Karşı Ülke Çapında Entegre Müdahale

Dünya Sağlık Örgütü, kronik hastalıkların ortak belirleyicileri ve risk faktörlerine karşı daha etkili ulusal ya da lokal stratejiler geliştirebilmek için üye ülkelerle entegre yaklaşımlar geliştirerek işbirliği yapmaktadır. DSÖ Avrupa Bölgesi' nde bu işbirliği çerçevesinde CINDI Programı (Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention- Bulaşıcı Olmayan Hastalıklara Karşı Ülke çapında Entegre Müdahale) geliştirilmiştir. CINDI Programı, katılımcı ülkelere sigara içme, yüksek kan basıncı, yüksek kan kolesterolü, obezite ve aşırı alkol tüketimi gibi risk faktörlerini önleme ve kontrol için gerekli entegre yaklaşımlar sağlamaktadır.

Halen CINDI Programına dâhil 29 ülke mevcut olup, üç ülke de adaydır. DSÖ Avrupa Bölgesi CINDI Programı' na ülkemizin katılabilmesi için gerekli çalışmalar başlatılmıştır.

Kronik Hastalık Risk Faktörleri ve Sağlığın Teşviki Eğitimi ve Sempozyumu

01-05 Eylül 2008 tarihlerinde Ankara'da International Union of Health Promotion and Education (IUHPE) işbirliği ile "Kronik Hastalık Risk Faktörleri ve Sağlığın Teşviki Eğitimi" düzenlenmiştir. Söz konusu eğitime Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı yanı sıra Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Türkiye İstatistik Kurumu, Devlet Planlama Teşkilatı ve Sosyal Güvenlik Kurumu'ndan katılım sağlanmıştır.

Ayrıca 13-14 Kasım 2008 tarihlerinde Ankara'da, davetli uluslararası konuşmacıların da katılımı ile "Kronik Hastalık Risk Faktörleri ve Sağlığın Teşviki Sempozyumu" düzenlenmiştir.

Kronik Hastalıkların Kontrolüne ve Sürveyans Araştırmalarına Yönelik Sivil Toplum Kuruluşları ile Ortak Yürütülen Çalışmalar

Kronik hastalıkların kontrolüne yönelik olarak Bakanlığımız tarafından destek verilen ve Sivil Toplum Örgütlerince yürütülen projelerden bazıları şunlardır:

- Türkiye Diyabet Kontrol (TDK) Projesi - Bakanlığımız onay ve desteği ile Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Türkiye Diyabet Vakfı, Türk Diyabet Cemiyeti, Türk Diyabet ve Obezite Vakfı, Diyabet Obezite ve Beslenme Derneği ile Diyabet Hemşireleri Derneği tarafından geliştirilen ve 15 üniversite tarafından desteklenen "Türkiye Diyabet Kontrol Projesi" 21.06.2008 tarihinde fiilen başlatılmıştır. Proje kapsamında 81 ili kapsayacak şekilde 17 il merkezinde,

18 bölge toplantısı planlanmış bulunmaktadır. Ankara, İstanbul ve Konya'da tamamlanan çalışma bünyesinde diyabet tanı, takip ve tedavisinde görev alan hekim ve diğer ilgili sağlık personeline yönelik eğitimler, halka yönelik bilgilendirme toplantıları ve gönüllü vatandaşların ücretsiz kan şekeri ölçümü ile bir anket uygulanarak diyabete yönelik tarama çalışması gerçekleştirilmiştir.

- Diyabet ve Obezite Eğitim Kursu - Türkiye Obezite Araştırma Derneği tarafından düzenli olarak gerçekleştirilmektedir.
- Türkiye'nin Tansiyonunu Ölçüyoruz - Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği ile birlikte 2-16 Mayıs 2006 tarihleri arasında gerçekleştirilen kampanyada; Yaklaşık 20.000 kişinin tansiyonu ölçülmüş ve 40.000'e yakın eğitim broşürü dağıtılmıştır. 2 Mayıs 2008 tarihinde İstanbul-Avrupa yakasında başlayan kampanya, 9 ilde gerçekleştirilmiştir. Şehirlerin büyük meydanlarında gün boyu kalan hipertansiyon TIR'ında ve şehirlerde çok ziyaret edilen noktalar, hastaneler ve sağlık ocaklarında oluşturulan tarama noktalarında İl Sağlık Müdürlüklerince görevlendirilen hekim ve hemşireler tarafından gün boyu tansiyon ölçümleri yapılmıştır. Bu kampanyada;
- Tansiyonu ölçülenlerin yaklaşık yarısı 40-60 yaş grubundaydı.
- Tansiyon ölçümü yapılanların yaklaşık % 60'ının hipertansiyon tanısı vardı.
- Tansiyon ölçümü yapılanların yaklaşık % 12'si (n=1829) daha önce hiç tansiyon ölçtürmemişti.
- Tansiyonu ilk kez bu kampanya sırasında ölçülen erkeklerin % 31'inde kadınların ise % 23'ünde hipertansiyon sınırında değerler saptandı.
- Daha önce tansiyonu hiç ölçülmemişlerin yaklaşık % 10'unda tansiyon değerleri Evre 2 (>160/100 mmHg) ve üzerindedi
- Kalbinizi Koruyun İçinde Sevdikleriniz Var Projesi: Bakanlığımız desteğinde Türk Kardiyoloji Derneği, Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği, Türk Nöroloji Derneği, Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği işbirliğiyle vatandaşlarda bilinç artışı, davranış değişikliğine özendirme, hekimlerde erken tanı ve koruma bilincini artırma amacıyla başlatılmıştır.

"Kalbinizi koruyun, içinde sevdikleriniz var" projesi kapsamında, 18 ilde İl Sağlık Müdürlükleri organizasyonu ile yaygın bir eğitim çalışması yürütülmeye başlanmış, il merkezlerine uydu yayın üzerinden aktarılan eğitime yaklaşık 3.000 pratisyen hekim katılmıştır. Ayrıca birinci basamak sağlık hizmeti veren hekimlere yönelik bir eğitim programı geliştirilmiş, ortak bir bildiri oluşturulmuş ve toplam

kardiyovasküler risk hesaplama cetveli ve hesaplayıcısı hazırlanmıştır. Bu hazırlanan ortak bildiri ve eğitim materyalleri, yaklaşık 23.000 pratisyen hekime posta yolu ile ulaştırılmış, ayrıca www.kalbinizikoruyun.org internet sitesinden de ilgili materyallere ulaşım sağlanmıştır.

Proje kapsamında değiştirilebilir kardiyovasküler risk faktörleri konusunda farkındalığın artırılması ve alınabilecek önlemler konusundanda halka yönelik eğitim çalışmaları sürdürülmüş, görsel medyada kardiyovasküler riskler ve neden olduğu hastalıklar konusunda farkındalık artırıcı çalışmalar yapılmıştır. İnternet sitesi ve ücretsiz danışma hattından (0800 211 78 78) kardiyovasküler hastalıklar hakkında halka bilgi verilmektedir.

Sağlıklı Yaşlanma

Türkiye genelinde 2003 yılından bu yana illerde hizmetiçi eğitimler düzenlenmiş ve yaşlıların beslenme durumlarının iyileştirilmesine yönelik il aktivite planları hazırlanarak beslenme eğitimleri verilmesi sağlanmıştır. İllerimizde mobil sağlık hizmeti sunumu, gezici ekiplerle düzenli muayene, hasta nakil hizmeti, pnömokok aşılması-yetişkin aşılama, diabet hasta takibi, evde bakım kursu, ilaç temini, gibi çeşitli programları kapsamaktadır. Antalya ve Aydın Devlet hastanelerinde Geriatri polikliniği, Kayseri ve Kırıkkale’de Geriatri merkezi; Aydın, Denizli, Sivas’da Toplum Sağlığı Merkezi Geriatri birimi açılmıştır.



Kanser

Kanser dünyada olduğu gibi ülkemizde de önemli bir halk sağlığı sorunudur..

Bakanlığımız kanser ile mücadelede birçok ulusal ve uluslararası kurum ve kuruluşla işbirliği yapmaktadır. Bakanlığımızın işbirliği yaptığı uluslararası kuruluşlar:

1. WHO(DSÖ),
2. IARC (International Agency for Research on Cancer),
3. IACR (International Association for Cancer Registry),
4. UICC (International Union Against Cancer),
5. NCI (National Cancer Institute),
6. APOCP (Asian Pacific Organization for Cancer Prevention),
7. MECC (Middle East Cancer Consortium),
8. NHS (National Health Service)

Yurtiçinde ise uzmanlık dernekleri, çeşitli kamu kurumları, sivil toplum örgütleri ve üniversiteler ile işbirliği içinde çalışılmaktadır.

Kanser Kayıtlılığı:

Kanser Kayıtlılığı, “Kanser kontrolü” çalışmalarının başlangıç noktasıdır. Bir kez veri tabanı kurulduğunda etiyolojik ya da nedensel ajanları araştırmak, kanserleri önlemek için uygun girişimlerde bulunmak mümkündür.

Nüfus tabanlı kanser kayıt sisteminin amacı belirli bir toplumda oluşan her kanser olgusu ile ilgili bilgi toplamaktır. Bu konuda başarılı olabilmek için, açık olarak sınırlandırılmış coğrafi bir bölge için karar verilmesi ve bu bölgede yaşayan toplum üzerinden doğru veri elde edilmesi gerekmektedir. Toplumda kanserin görülme sıklığı, özel grupların risk düzeyleri, kanser tiplerinin insidans ve mortalitesi gibi bilgilerin elde edilebilmesi için bilimsel ve sistematik bir kanser kayıtlılığı faaliyeti yürütülmesi gerekmektedir.

Türkiye’ de Kanser kayıtlılığında iki sistemle veri toplanmaktadır.

Pasif sistem: Hekimler ya da diğer sağlık personeli tarafından doldurulan kanser kayıt formu İl Sağlık Müdürlüğüne gönderilir ve bilgisayar programına girilir. İl Sağlık Müdürlüğü Kanser Kayıt Merkezi, bilgisayar ortamına girilen bu verileri üçer aylık dönemlerle Bakanlığımıza elektronik ortamda göndermektedirler.

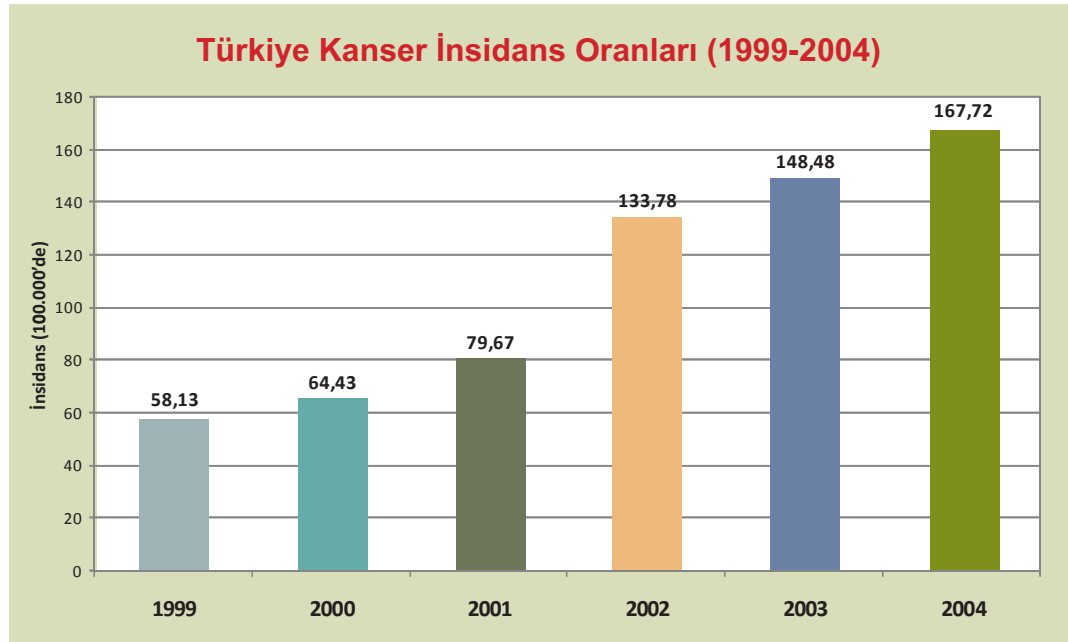
Aktif Sistem: Aktif sistemin temel direği kanser kayıt elemanlarıdır. Kanser kayıt elemanları tarafından tek tek hasta dosyaları araştırılarak bilgiler kanser kayıt formlarına

aktarılır. Bu formların İl Sağlık Müdürlüğü Kanser Kayıt Merkezlerinde Canreg-4 bilgisayar programına girilmesinin ardından çifte kayıt kontrolü ve diğer kalite kontrolü çalışmaları yapılmakta ve veriler Bakanlığımıza elektronik ortamda gönderilmektedir

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de profesyonel kanser kayıtçılığı ülke nüfusunun en az %20'sini yansıtacak bölgelerde (illerde) yapılmaktadır. Ülkemizde bu sistemde veri toplayan 14 Aktif Kanser Kayıt Merkezi bulunmaktadır. Bu iller: Ankara, İzmir, Antalya, Samsun, Adana, Eskişehir, Erzurum, Edirne, Trabzon, Bursa, Şanlıurfa, Kayseri, Van ve Kocaeli illeridir.

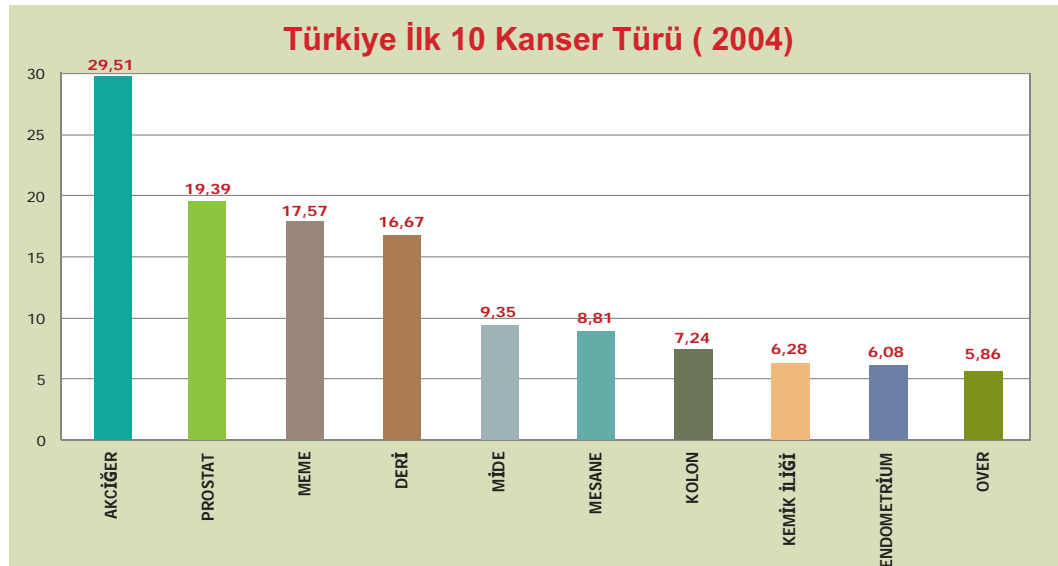
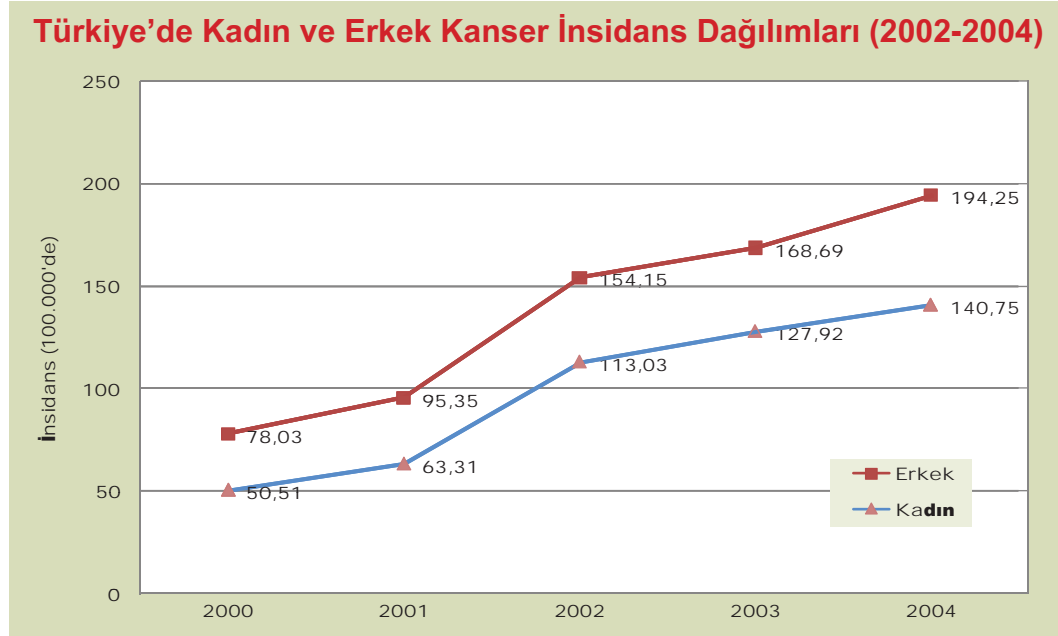
Bu amaçla Aktif Sistemde kanser verisi toplayan illerde görev yapan Kanser Kayıt Elemanlarına yönelik olarak 2005 yılından 2008 yılına kadar 12 ayrı eğitim ile 550 personel eğitilmiştir.

Aktif Kanser Kayıt Merkezlerimizden İlk olarak İzmir Kanser Kayıt Merkezi 1995 yılında uluslararası yayınlarıyla WHO/ IARC/IACR (Dünya Sağlık Örgütü/ Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı/ Uluslararası Kanser Kayıtçılığı Birliği) üyeliği, 1997 yılında da ENCR (Avrupa Kanser Kayıtçılar Ağı) üyeliği gerçekleşmiştir. 2004 yılında ise Türkiye'nin resmen üyeliği ile, MECC (Orta Doğu Kanser Konsorsiyumu) çerçevesinde yürütülen Birleşik Kanser Kayıt Merkezi Projesine dahil olmuştur. 2007 yılında ise Antalya Kanser Kayıt Merkezimiz Uluslararası kabul gören merkezler arasına girmiş ve verileri "Beş Kıtada Kanser" isimli kitapta yayınlanmıştır. 2009 yılı için Erzurum ve Samsun illerinin dünyaca kabul gören seviyeye getirilmesi öncelikli amaçlarımız arasındadır.

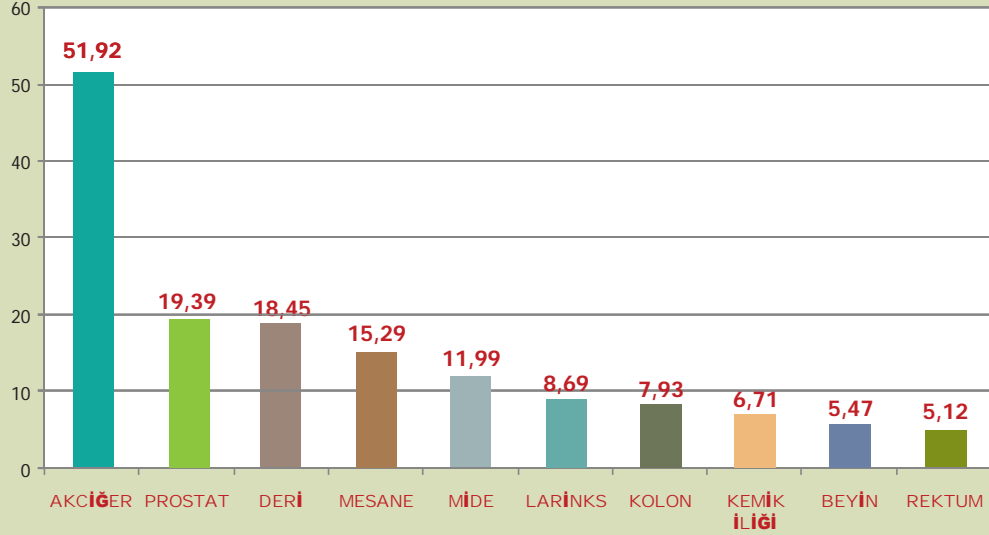


Bu nedenle 2008 yılında Sağlıkta Umut Vakfı işbirliği ile “Kansere Karşı Savaşta İleri” projesi başlatılmış olup bu proje ile Samsun, Erzurum, İzmir ve Antalya illerinde kanser kayıtçılığının güçlendirilmesi amaçlanmaktadır.

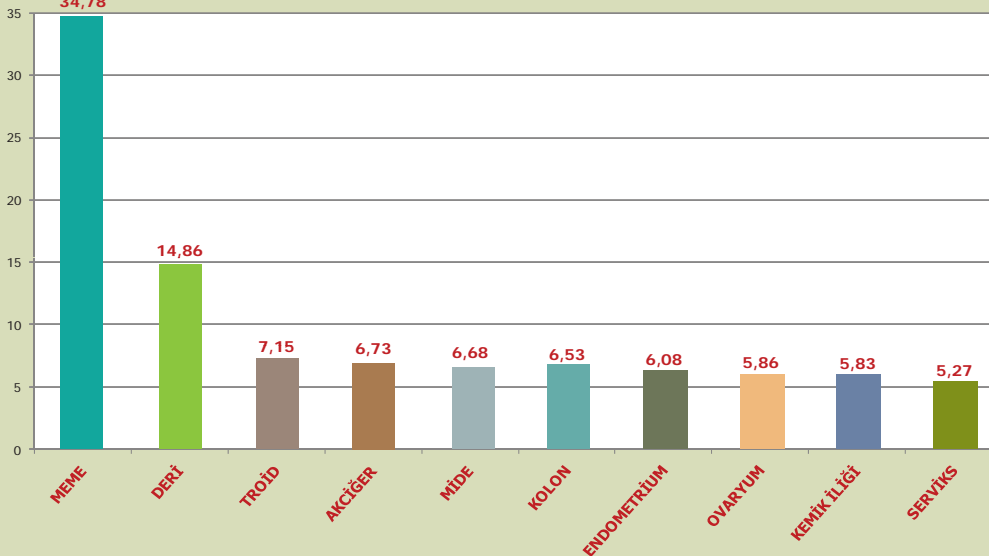
Kanser kayıtçılığında gelinen noktanın en güzel göstergesi kanser verilerimizin Türkiye için beklenen kanser verisi seviyesine gelmiş olmasıdır. Aşağıdaki grafikler gelinen noktayı açık olarak göstermektedir. Tüm dünyada kanser istatistiklerinin yayınlanması, veri kalitesi ve duplikasyon kontrolleri nedeni ile 3-4 yıl geriden takip şeklinde olmaktadır. Bu nedenle en son kanser istatistiklerimiz 2004 yılına aittir.



Erkeklerde Görülen İlk 10 Kanser Türü (2004)



Kadınlarda Görülen İlk 10 Kanser Türü (2004)



Kanser Kontrol Programı:

Gelişmiş ve az gelişmiş ülkelere bakıldığında, bu ülkelerdeki kanser insidans hızlarının ve profillerinin farklı olduğu görülür. Gelişmiş ülkelerde, erkeklerde akciğer ve prostat kanseri, kadınlarda ise meme kanseri ve kolorektal kanserler daha sık görülürken, az gelişmiş ülkelerde ise erkeklerde akciğer, mide ve karaciğer kanseri, kadınlarda da meme ve serviks kanseri daha sık görülmektedir.

Türkiye’de ise erkek nüfusta akciğer, mesane ve mide kanserleri, kadın nüfusta da meme kanseri ve kolorektal kanserler daha sıklıkla izlenmektedir. Ülkemizin gelişmiş ülkelere göre en önemli farkı tütün nedenli kanserlerin daha fazla olmasıdır. Türkiye’de akciğer kanseri insidansı yüzbinde 63 ve larinks kanseri insidansı yüzbinde 10 iken Avrupa Birliği ülkelerinde ise aynı insidanslar 55 ve 8 dir.

Tütün problemi nedeniyle, kanser insidansının her yıl %6 arttığı bilinmektedir. 1993–1998 yılları arasında erkeklerde kanser insidans hızı yüz binde 165,8 iken, 2003 yılında bu hız yüz binde 216,3 olmuştur. Kadınlarda ise bu on yıllık periodda kanser insidans hızı 97,3 ten 152,2 ye yükselmiştir.

Bakanlığımız öncelikle, kanserin önlenmesi ve kanser tarama programlarına odaklanmıştır. Bu amaçla, sivil toplum örgütleri ve üniversitelerle koordineli bir “Ulusal Kanser Kontrol Programı” organize edilmiştir. Meme ve serviks kanseri tarama programları da ülke genelinde sürdürülmekte olup 2009 yılından itibaren kolo-rektal kanserler de tarama kapsamına alınacaktır.

Kanser oluşumunda çok önemli faktörlerden biriside çevresel faktörlerdir. (Özellikle mesothelioma en önemli çevresel problem olup, ülkemizin “Ulusal Mesotelyoma Kontrol Programı” mevcuttur.) Son yıllarda Türkiye’deki kanser açısından risk artışı olabilecek bölgelerde titiz çalışmalar yapılmıştır.



Karadeniz Bölgemizde, 1986 yılında gerçekleşmiş olan Çernobil Nükleer Santral kazası sonucu ortaya çıkan radyasyonun etkilerinin araştırılması amacıyla dört komponentli bir çalışma gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmalara göre

1. Karadeniz bölgesi ile kontrol grubu olan Isparta arasında kanser görülme oranı bakımından bir fark tespit edilmemiştir. (Her iki bölgede de %1,85) Ayrıca Trabzon'dan göç eden hanelerde yapılan anket sonucunda da kanser yönünden bir fark ortaya konulamamıştır.
2. Karadeniz Bölgesinde kanser diğer bölgelerimizden farklı bir artış ve dağılım göstermemektedir.
3. Karadeniz Bölgesi Kanser hastalarından ve bunların sağlıklı üçer yakınından Sitogenetik Tekniklerle kan örnekleri alınmış ve kromozomlarda iyonize radyasyon etkisi araştırılmıştır. Bu çalışma sonucunda radyasyona spesifik özel bulgulara rastlanılmamıştır.
4. Radyasyona bağlı gelişebilen ve radyasyonun etkileri testlerle gösterilebilen tiroit kanserleri incelenmiştir. Bu çalışma sonucunda da Karadeniz bölgesi ile kontrol bölgeleri arasında bir fark bulunmamıştır.



Bu araştırma sonuçları bölgede Çernobil nedeniyle bir kanser artışının olmadığını ortaya koymuştur.

Mezotelyoma dünyada oldukça nadir görülen akciğer ve karın zarı kanseri olup Nevşehir İli Gülşehir İlçesi Tuzköy Kasabasında dünyadan 4.000 kat daha fazla görülmektedir. Bu nedenle 1970 den beri bu bölgede süren bilimsel çalışmalar ile ortaya konulan sorunun çözümü için 2000 yılından sonra hazırlanan proje çerçevesinde kasabanın taşınmasına karar verilmiştir.

2008 yılının ilk aylarında bölgedeki evlerin inşaatı tamamlanmış olup, eski evlerin boşaltılarak yeni yerleşim yerlerine taşınmasına başlanmış ve bitmiştir. Eski yerleşim yerlerinin ise ıslah çalışmasına başlanacaktır.

Termik santrallerin çevreye olumsuz etkileri konusunda çalışmalar devam etmektedir.

Elektromanyetik alanlar ile ilgili olarak AB uyum sürecinde çıkarılması gereken ilgili yönetmeliğin 2009 yılında çıkarılması planlanmaktadır.

Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) Projesi :

Sağlık personeline ve halka, kanser konusunda bilgilendirme ve bilinçlendirilmeye yönelik eğitimler düzenlenmesi (farkındalığın arttırılması), tanımlanmış risk gruplarına, oluşturulmuş tarama standartları doğrultusunda yapılacak toplum tabanlı tarama programlarıyla (Meme, Serviks, kolorektal kanserler, vb.) erken dönemde tanı konulması ve kanser tanısı konan hastalara gerekli tıbbi yönlendirme yapıp tedavi merkezlerine sevk edilmesi, hasta takip ve değerlendirmelerinin yapılması, imkanlar ölçüsünde sosyal, ruhsal ve tıbbi destek sağlanmasını amaçlayan bir uygulamadır.

- Sağlık Bakanlığı ve Avrupa Birliği MEDA (Mediterranean Development and Aid Programme) programı ile ortak yürütülen bir proje olup, bu çerçevede şu ana kadar 52 ilde 54 KETEM kurulmuş olup 2008 yılı sonuna kadar 81 ilin tümünde 83 merkez kurulmuş olacaktır.
- Bu merkezlerde ödeme gücü olmayan vatandaşlarımıza tarama hizmetleri ücretsiz verilmektedir
- 2009 yılının başında Kolorektal Kanserler de Ulusal Tarama programına dahil edilecektir.
- Deri kanserine yönelik pilot taramalar ise Adana ve Antalya KETEM lerde sürdürülmektedir.

Serviks Kanseri Etkenlerinden Human Papilloma Virus (HPV) Alt Gruplarının Türk Toplumundaki İnsidansının Belirlenmesinde; Erken Uyarı, Kayıt, İzlem, Analiz ve Eğitim Sistemi Projesi :

Ülkemizdeki kadınlarda HPV düzeyi ve tipleri hakkında yeterli veri bulunmamaktadır. Bu nedenle tüm yaş gruplarındaki kadınlara yönelik serviks kanseri tarama programlarının desteklenmesi amacıyla ülkemizdeki kadın popülasyonunda; İnsan Papillomavirus (HPV) sıklığının ve genotip çeşitliliğinin ortaya konmasını amaçlayan proje kapsamında, Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezlerine başvuran kadınlardan alınacak 3500 sıvı bazlı servikal smear örneğinden ve Sağlık Bakanlığı'na bağlı Eğitim ve Araştırma Hastaneleri Patoloji Laboratuvarlarından temin edilecek 2000 yılı itibariyle İnvazif Serviks Kanseri tanısı almış 1500 hastaya ait patoloji materyalinden elde edilmiş parafin blok ve/veya kesitlerinde HPV DNA tayini ve pozitif çıkanlarda HPV DNA tip tayini yapılması planlanmış ve işlemlere Eylül 2008'de başlanmıştır. Bu projenin Temmuz 2009'da bitirilmesi planlanmıştır..

Ulusal Kanser Enstitüsü:

Ulusal Kanser Enstitüsü Kurulması'na yönelik düzenleyici etki analizi TEPAV (Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı) tarafından sürdürülmektedir. Ulusal Kanser Enstitüsü Kurulması'na yönelik kanunun en geç 2010 yılında yürürlüğe girmesi hedeflenmektedir. Bu başlık altında değerlendirilebilecek kanser kontrolü programımızın reorganizasyonu çalışmalarını DSÖ' nün teknik destekleri ile devam ettirmektedir.

Çeşitli Proje Faaliyetleri:

Başkent Üniversitesi Eskişehir ve Ankara ilçelerinde "Beslenme ve Kanser" projesi, TÜBİTAK Marmara Araştırma Merkezi Moleküler Biyoloji Birimi yetkilileri ile "Türk Toplumunda Mide Kanseri Genetiğinin Farmakogenomik Olarak İncelenmesi" projesi TÜBİTAK Marmara Araştırma Merkezi ile Türkiye' deki İçme suyu kaynaklarında bulunan karsinojenlerle bölgesel kanserler arasındaki ilişkinin inceleneceği bir proje, Kanser hastaları ve hasta yakınlarının kurmuş olduğu 18 ayrı sivil toplum kuruluşu ve Sağlıkta Umut Vakfı ile birlikte "Kansere Karşı Elele" adlı "Kanser Kayıtlılığının Geliştirilmesi ve Hasta Savunuculuğu" isimli 3 yıl sürecek olan proje gibi çeşitli projeler başlamış ve yürütülmektedir.

Eğitimler

Kanser kontrolünün en üst düzey kalitede ve insana yakışır bir hizmet anlayışı ile verilmesi amacıyla hizmet içi eğitimlerin standartları belirlenmiş olup geçtiğimiz 6 yıl içinde Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM) Eğitimine 84, KETEM Eğitimine 85, Kanser Kayıt Eğitimine 800, Tütün Kontrolü Kursuna 50, Sitoloji ve Kolposkopi Kursuna 268, Üreme Sağlığı ve Serviks Kanseri Tarama Kursuna 235 sağlık personeli katılmış, Ulusal Kanser Kontrol Programı Çalıştayı ise kendi alanında söz sahibi 176 bilim adamı ile birlikte düzenlenmiştir.

4. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Dönüşüm: Aile Hekimliği

Sağlıkta Dönüşüm Programı hizmetin merkezine insanı koymuştur. Bu ilke, sistemin planlamasında ve hizmetin sunumunda hizmetten faydalanacak bireyi, bireyin ihtiyaç, talep ve beklentilerini esas almayı ifade etmektedir. Sağlık hizmetinin sunumunda bireye en yakın olan, sağlık problemlerinde en kolay ulaşabileceği ve sisteme giriş kapısı olarak kullanılacak unsur birinci basamak sağlık hizmetleridir. Sağlıkta Dönüşüm Programı sağlık hizmet sunumunu insan merkezli olarak planlarken, birinci basamak sağlık hizmetinde de aile hekimliği uygulamasına geçişi öngörmektedir. Aile hekimliği, sağlığın aile ortamıyla birlikte geliştiği gerçeğinden hareketle, bireyin sağlığını “aile sağlığı” kavramı çerçevesinde, biyo- psiko- sosyal çerçevede, doğumdan ölüme bir bütün olarak ele almaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde bireyin sağlık sorumluluğunun üstlenilmesi ve bireye “tek pencere” sistemi ile yaklaşılmasının başarıyı artıracığı bilinmektedir. Bu ilkelerden hareketle bireye yönelik koruyucu hizmetler ile birinci basamak tanı ve tedavi hizmetleri, bireylerin kendi seçeceği doktorlar tarafından yürütülmeye başlanmıştır. Aile hekimliği uygulaması ile doktor-aile sağlığı elemanı ve aile üyelerinin daha yakın ilişkiler kurması, sağlık eğitiminde, hastalıkların önlenmesi, sağlık danışmanlığı ve sağlığın geliştirilmesi gibi birinci basamak hizmetlerinde görev yapan doktor ve ekibinin rolünün netleşmesi ve bu rollerin hem hizmet veren, hem de hizmet alanlarca benimsenmesi mümkün olmaktadır.

Programda genel pratisyen, aile doktoru veya aile hekimi aynı anlamda kullanılmakta, birinci basamakta hizmet vermek üzere özel eğitim almış hekimleri ifade etmektedir. Aile hekimi, anne karnındaki bebekten, ailenin en yaşlı bireyine kadar ailenin bütün fertlerinin sağlığından ve her türlü sağlık sorunlarından sorumludur. Sorumluluğunu üstlendiği kişinin hastalıklardan korunması için gerekli tedbirleri alır, hasta olduğunda her türlü sağlık sorununun çözümü için yapabileceği her şeyi yapar, çözümü özel uzmanlık veya özel donanım gerektiren sağlık problemlerinde yapacağı

danışmanlık hizmetleriyle kişiyi diğer uzman hekimlere, diş hekimlerine, veya ikinci-üçüncü basamak sağlık kurumlarına yönlendirerek, koordinatör görevini üstlenir. Dolayısıyla kendisine kayıtlı kişilerin aynı zamanda sağlık danışmanı, sağlık konularında avukatı, onlara yol gösteren ve onların haklarını savunan kişi konumundadır.

Aile hekimi, genellikle aile bireylerinin ikametlerine yakın 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. Aile hekimi, kendi sorumluluğu altındaki bireyleri yalnızca bir hastalık çerçevesinde değil, bütüncül bir yaklaşımla, sağlık açısından ortaya çıkabilecek riskler, mevcut sağlık şartları, psikososyal çevre ve varsa diğer akut veya kronik sağlık sorunları ile birlikte bir bütün olarak değerlendirir.

Prof. Dr. Nusret Fişek'in sözleriyle ifade edecek olursak: "Kişiyeye 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."

Sağlık sistemlerinin daha kaliteli ve ekonomik sağlık hizmeti sunmaları için etkili ve kademeli bir sevk zincirinin kurulabilmesi gereklidir. Etkili ve kademeli bir sevk zincirinin kurulabilmesinin ön şartı ise hastanın kendi seçtiği ve güvendiği bir hekimden birinci basamak hizmeti almasıdır. Bu hizmete yönelik talebin ortaya



çıkması, temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesine ve birinci basamak hizmeti sunan aile hekiminin kendi sorumluluğu altındaki bireylere sunduğu hizmetin kalitesine bağlıdır. Bu açıdan sağlık sisteminin koordinatörü konumundaki aile hekimleri, bireylerin ve hizmet sunucuların zaman kaybına neden olacak şekilde birçok yanlış yönlendirmeleri, düzensizlikleri ve gereksiz sağlık harcamalarını önleyici etkiye sahiptirler. Aile hekimleri sağlık harcamalarında israfı önler, ikinci basamakta gereksiz yığılmaları, kuyrukları ve hasta mağduriyetlerini engellerler.

Aile hekimliği dünyada pek çok ülkede olduğu gibi ülkemizde de bir birinci basamak uzmanlığı şeklinde yapılandırılmıştır. Aile hekimliği hizmetinin sunumu için en uygun kişiler de doğal olarak aile hekimliği uzmanlarıdır. Ancak bu noktada ülkemizdeki aile hekimliği uzmanlarının sayısal yetersizliği sahada çalışmakta olan pratisyen hekimlerin de uygulamada yer almasını zorunlu hale getirmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde aile hekimliği modeli kurgulanırken bazı Avrupa Birliği ülkelerinde olduğu gibi pratisyen hekimlere doğrudan aile hekimliği yapma yetkisi verilebilmesi de mümkündür. Ancak vatandaşlarımıza verilecek sağlık hizmetlerinin kalitesini yüksek tutabilmek için çok daha zor bir yol tercih edildi. Aile hekimliği yapacak hekimlerin standart bir eğitimden geçirilmesine karar verildi

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 hekimliği uygulamasında görev alacak pratisyen hekimlerin eğitim müfredatını hazırladı. İki aşamalı düşünülen eğitimin ilk aşamasında aile hekimliği uygulamasında yer alacak hekimler (aile hekimliği uzmanları hariç) 10 günlük, yardımcı sağlık personeli ise 3 günlük uyum eğitimine tabi tutuldu. Eğitimler konunun uzmanı akademisyenler gözetiminde aralıksız olarak sürdürülmektedir. Kasım 2008 sonu tarihi itibarı ile toplam 22.407 hekim ve 17.720 yardımcı sağlık personeli bu eğitimleri başarı ile tamamlayarak sertifikalarını aldılar. 2008 yılı içerisinde 4.200 hekimin daha eğitiminin tamamlanması öngörülmüyor. 2010 yılı sonuna kadar da farklı görev ve hizmet alanlarından yaklaşık 40.000 hekim birinci aşama uyum eğitiminden geçirilmiş olacaktır.

İkinci aşama eğitim, mesleki bilgilerin güncelleştirilmesi ve geliştirilmesini hedefleyen daha uzun süreli bir eğitim olarak planlandı. Bu plan dahilinde birinci aşama uyum eğitimlerini tamamlayan hekimler 1 yıllık ikinci aşama modüler eğitime tabi tutulacaklar. İkinci aşama eğitim, klinik içerikte 37 bilgi modülü ve 3 adet beceri geliştirme eğitimi olacak şekilde planlandı. İkinci aşama eğitim, internet üzerinden uzaktan eğitim ve yüz yüze eğitimden oluşan karma bir eğitim yöntemi ile verilecektir.



İkinci aşama eğitimlerle, 2013 yılına kadar 1. aşama eğitimini alan ve aile hekimi olarak çalışmakta olan tüm hekimlerin klinik bilgi düzeylerinin yeterli düzeyi üzerine ulaştırılması planlandı. İkinci aşama eğitimini alan hekimlerin aile hekimliği uzmanlık eğitimini alma konusunda motive olmalarının sağlanması da hedeflenmektedir.

Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) için ise ağırlıklı olarak halk sağlığı anabilim dalı akademisyenlerinden oluşan bir bilimsel danışma kurulu oluşturulmuş olup, TSM personelinin de hizmet alanlarına özgü bilgi birikimlerinin geliştirilmesi, sertifikasyonu hedeflenmektedir. Bilimsel danışma kurulu ile yapılan yoğun çalışmalar sonucunda TSM personelinin seçilmiş halk sağlığı konularını içeren iki veya üç aşamalı bir eğitimden geçirilmesine karar verilmiştir. İlk aşamada Aralık 2008 tarihinde 6 günlük bir TSM 1. Aşama eğitici eğitimi yapılmıştır.

Toplum sağlığı merkezleri, 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 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 bulunmaktadır. 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 Ekim 2005'te Düzce ilinde başlandı. Ardından 2006 yılında Eskişehir, Bolu, Edirne, Adıyaman, Denizli, Gümüşhane, 2007 yılında Elazığ, Isparta, Samsun,

İzmir, Bartın, Sinop, Amasya ve 2008 yılında da Bayburt, Çorum, Manisa, Osmaniye, Karaman, Karabük, Adana, Burdur, Kırıkkale, Yalova, Çankırı, Tunceli, Kastamonu, Kırşehir, Bilecik ve Erzurum illerinde uygulamaya geçilerek 30 ilde yaklaşık 18 milyon vatandaşımız aile hekimliği uygulaması kapsamı içine alınmış oldu. Halen beş bin otuz iki (5.032) aile hekimi, bin altı yüz seksen yedi (1.687) aile sağlığı merkezinde hizmet vermektedir. 2010 yılı sonunda tüm ülkede uygulamaya geçilmiş olacaktır.

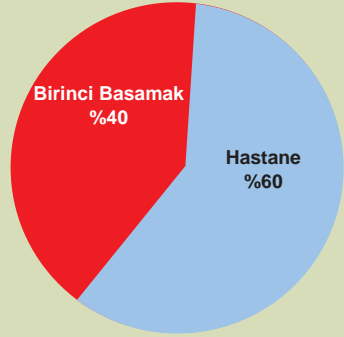
Erken dönem sonuçları oldukça başarılı olan aile hekimliği uygulaması, birinci basamak sağlık hizmetlerinin halkımızın gündeminde yer etmesini sağlamakta ve birinci basamağı cazip hale getirmektedir. Sistemin başarıyla yürütüldüğü başlangıç illerinde, hastanelere giden hasta sayısı (zorunlu sevk uygulaması olmamasına rağmen) düşmekte ve hastanelerdeki yığılmalar azalmaktadır. Birinci basamak sağlık kuruluşlarımızda görev yapmakta olan hekimlerimiz de 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 ve hizmet kalitesini daha da artıracaktır.

Aile hekimliği uygulaması ile beraber birinci basamakta bütün sağlık verileri 01-05-2009 tarihinden itibaren yalnız elektronik ortamda tutulmaya başlanacak olup, daha sağlıklı, daha güncel ve daha güvenilir veriler ışığında birinci basamak çalışmalarını değerlendirilebilecek ve raporlanabilecektir.

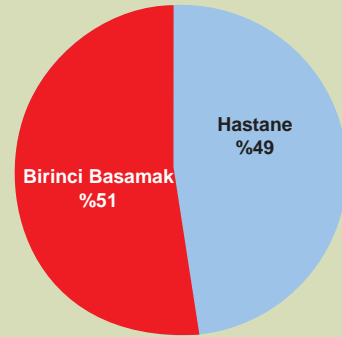
Halen yurdun dört bir tarafında devam eden aile hekimliği uygulaması bizzat uygulayıcılar, akademisyenler, yerel yöneticiler, sivil toplum kuruluşları ve Bakanlık yöneticilerinin katılımıyla üçer aylık dönemler halinde değerlendirilmekte, uygulamanın geliştirilmesine yönelik yapılabilecekler masaya yatırılmakta ve tartışılmaktadır. Aynı zamanda uygulamaya başlamış illerle henüz uygulamaya geçilmemiş illeri karşılaştıran, vatandaşlarımızın aile hekimliği uygulamasına yönelik görüş ve önerilerini toplayan, uygulama maliyetlerini dinamik olarak takip eden çeşitli araştırmalar sürdürülmektedir. Bu araştırmaların sonuçları uygulamanın geliştirilmesi için kullanılmaktadır.

81 ilimizde Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarının sunduğu hizmetten vatandaşlarımızın memnuniyeti sorulduğunda yüksek bir memnuniyet oranı ortaya çıkmıştır. Vatandaşlarımızın Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde geliştirilen birinci basamak sağlık hizmetlerinden yüksek oranda memnun oldukları görülmekte, bu memnuniyet aile hekimliği uygulaması yapılan yerlerde daha da yüksek olarak gerçekleşmektedir.

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



Aile Hekimliği Uygulamasından Önce



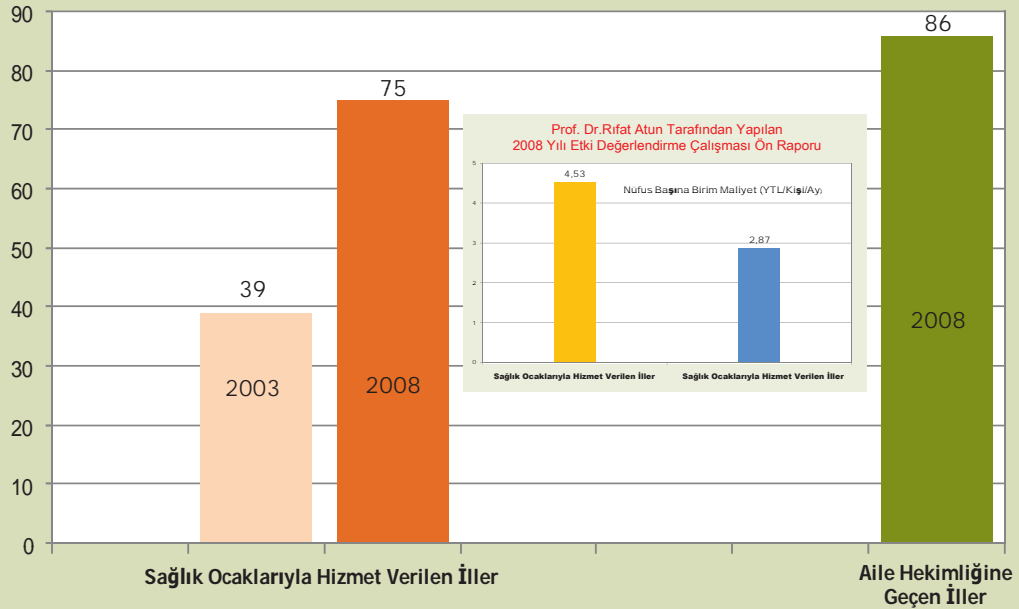
Aile Hekimliği Uygulamasından Sonra

Aile Hekimliği uygulamasına geçilen illerde Birinci Basamak muayene hizmetleri ağırlık kazanmıştır. Geçmişte tüm muayene hizmetlerinin %40'ı birinci basamakta veriliyor kine, aile hekimliği uygulamasına geçilen illerimizde bu oran %51 olmuştur.

Ülkemizde hekim ve bu arada pratisyen hekim sayısındaki belirgin yetersizlik sebebiyle sevk zinciri mecburiyeti henüz getirilememiş olmasına rağmen bu oranlar dikkat çekici ve ümit vericidir.

EUROPEP Ölçeği 81 İl Memnuniyet Çalışması (Ekim 2008)

Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarının Sunduğu Hizmetten Ortalama Memnuniyet Oranı (%)



Not: 2003 yılı verisi TÜİK'ten alınmıştır.

5. Performansa Göre Ek Ödeme, Kalite ve Akreditasyon

Temel Sağlık Hizmetleri ve Performansa Dayalı Ek Ödeme Uygulaması

Sağlıkta dönüşüm programı, hem hizmet sunan hem de hizmet alan bakımından insan merkezli bir değişim hedeflemektedir. Bu nedenledir ki, hizmet sunan açısından 2004 yılından bugüne ülkemize has bir model olarak geliştirilen performansa dayalı ek ödeme uygulamasına geçilmiş, mevcut insan kaynağının daha verimli kullanımını sağlamanın yanında sağlık hizmetinin güçlüğü ve riski doğrultusunda personelin maddi olarak desteklenmesi sağlanmıştır.

Performansa dayalı ek ödeme, personele hizmete katkısı oranında ödeme yapılmasının yanında, personelin verimliliğini ve motivasyonunu arttıran ve kendi içinde farklı dinamikleri barındıran bir uygulamadır. Uygulama ile kamuda çalışan ve sağlık hizmeti sunan personelin gerek çalışma şartlarının iyileştirilmesi gerekse sağlık hizmeti sunumundaki performansı karşılığı ücret ödenmesi yoluyla verimli ve etkili hizmet sunumu hedeflenmiştir.



2004 yılında bütün ülke genelinde uygulamaya konulan performansa dayalı ek ödeme uygulaması Bakanlığa bağlı sağlık hizmeti sunan tüm kurumlarda başlatılmıştır. Bu kapsamda her basamağın kendine özgü kriterleri ortaya konmuştur. Bu modelin temel sağlık hizmetlerine ilişkin barındırdığı hususlar tüm basamaklarda farklı bir şekilde karşımıza çıkmaktadır.

Basamak sağlık kurumlarında koruyucu ve temel sağlık hizmetleri alanında ortaya konan kriterler aşağıda belirtilmiştir.

- Bölgeler arası gelişmişlik,
- Merkeze uzaklık,
- Aşılama,
- Bebek izlemi,
- Gebe izlemi,
- Yenidoğan taramaları,
- Aile planlaması yöntemi kullanma oranı vb.
- Verem savaşa ilişkin tanı ve izlem çalışmaları

Koruyucu sağlık hizmetlerine ilişkin göstergeler ise aşağıdaki bileşenlerden oluşur:

- a) Bebek başına ortalama izlem sayısı,
- b) Gebe başına ortalama izlem sayısı,
- c) HepB1 aşılama yüzdesi,
- d) DBT1 aşılama yüzdesi,
- e) KKK aşılama yüzdesi,
- f) Tarama testleri (Neonatal hipotiroidi, fenilketonüri, talasemi ve benzeri) numune alma yüzdesi,
- g) Modern aile planlaması yöntemi kullanma yüzdesi.

Performansa dayalı ek ödeme uygulaması ile yukarıda sayılan kriterler temel sağlık hizmetlerini güçlendirici kriterler olmakla birlikte aylık periyotlarla yapılan değerlendirmelerle hizmet sunan personelin alacağı ek ödemeye yansıtılmaktadır.

İkinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında koruyucu ve temel sağlık hizmetleri alanında ortaya konan kriterler aşağıda belirtilmiştir.

- Bilimsel çalışmalara destek,
- Eğitim çalışmalarına destek,
- Kongre, seminer vb. faaliyetlere katılımın desteklenmesi,

- Enfeksiyon kontrolü,
- Laboratuvar Güvenliği

konularında destekleyici ve performansa dayalı ücretlendirmeden pozitif bir yararlanım sağlanmaktadır.

Birinci, ikinci ve üçüncü basamak kurumlarda görev yapan tüm sağlık personeline eğitim çalışmaları, kongre, seminer vb. faaliyetlerde görev almaları halinde performansa dayalı ek ödeme yönünden destek verilmektedir. Böylelikle, personelin mesleğine ilişkin bilgi ve birikiminin artması sağlanmakta, daha nitelikli sağlık personeli ile daha kaliteli sağlık hizmet sunumu için gerekli personel alt yapısı oluşturulmaktadır. Sağlık eğitimi, bir diğer yönüyle de vatandaşın bilgilene-mesi ve bilinçlenmesi açısından son derece önemlidir.

Yine birinci, ikinci ve üçüncü basamak kurumlarda görev yapan tüm sağlık personelinin yürüttüğü bilimsel çalışmalara da aynı oranda destek verilmekte, yurt içinde ve yurt dışında bilimsel çalışma ve yayın yapan personele daha yüksek oranda ek ödeme yapılmaktadır. Personele yapılan bilimsel çalışma desteği aynı zamanda sağlığın kalitesine ve niteliğine destek vermek anlamına gelmektedir

Temel Sağlık Hizmetleri ve Kurumsal Performans ve Kalite Uygulaması

Bakanlığımızca 2005 yılından beri tüm kurumlarımızda performansa dayalı ek ödeme uygulamasına entegre edilen ve kurumsal olarak kurumların performans ve kalite çalışmalarını değerlendiren bir uygulama daha başlatılmıştır. Başlatılan bu uygulama 1,2 ve 3. Basamak sağlık kurumlarının hizmet içeriğine göre farklılaştırılmış ve hizmetlerin doğru, yeterli, kaliteli ve verimli bir şekilde verilmesini öngören bir değerlendirme seti ortaya koymuştur.

Personelin sunduğu sağlık hizmetinin performans ölçümünün tamamlayıcısı olan kurumsal düzeyde performans ölçümü, temel sağlık hizmetlerini daha geniş bir evrende değerlendirmeye almaktadır. Kurumsal düzeyde performans ölçümü sağlık hizmetinde kaliteyi, verimliliği ve hasta memnuniyetinin arttırılmasını hedeflemekte ve bireysel performansa olan etkisi nedeniyle tüm personelin kaliteli hizmete katılımını sağlamaktadır.

Birinci basamak sağlık kurumlarında kurumsal performans ve kalite uygulaması

Birinci Basamak sağlık kurumlarında temel sağlık hizmetleri alanında ortaya konan kriterler aşağıda belirtilmiştir.

- Muayeneye erişim,
- 112 hizmet kalite göstergesi,
- Koruyucu hizmet göstergesi,
- 112 verimlilik göstergeleri.



4'er aylık periyotlarla değerlendirilen bu bileşenler, birinci basamak kurumların hizmet kalitesini ve verimliliğini ölçmekte personele yapılacak ek ödeme miktarını etkilemektedir.

Koruyucu hizmet göstergeleri bir ülkenin gelişmişliğini gösteren en önemli göstergelerdir. Bu nedenle bebek ve anne sağlığına yönelik hizmetleri içeren göstergelerin yanında, tüberküloz, çevre sağlığı, aşılama, mobil sağlık hizmeti gibi koruyucu hizmet göstergeleri kurumsal performansın sağlık kuruluşları açısından değerlendirildiği başlıca göstergelerdir.

112 Acil Sağlık Hizmeti sunan birimlerin değerlendirilmesine ilişkin ortaya konan kriterler hizmet kalitesini ve bu birimlere ulaşılabilirliği arttırmaktadır.

Kurumsal performans ölçümünde yer alan kriterler doğrultusunda her hekime bir muayene odası verilmekte, halk ile hekim arasındaki iletişimin kolaylaşması sağlanarak vatandaşın sağlık hizmetine erişimi arttırılmaktadır.

İkinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları açısından temel sağlık hizmetleri;

Yataklı Tedavi kurumlarının kurumsal anlamda performans ve kalitesini değerlendiren ortaya konan kriterlerden hizmet kalite standartlarında ;

- Personel Eğitimi,
- Hastaların eğitimi,
- Enfeksiyon kontrolü ve önlenmesi,
- Laboratuvar güvenliği,

Hastane hizmet süreçlerinin iyileştirilmesine yönelik standartlara yer verilmiştir.

Kurumsal performans ve kalite çalışmaları dört ayda bir yapılmaktadır. Bakanlıkça belirlenen kriterler çerçevesinde, hastanelerde yürütülen enfeksiyon kontrol çalışmaları, personel ve hastaya yönelik eğitim süreçleri, bilimsel çalışmalar ve laboratuvar güvenliği bireysel performansla doğrudan ilişkilendirilmiştir. Diğer taraftan, kurumsal performans ölçümünde de enfeksiyon kontrolüne ilişkin değerlendirme kriterleri yer almakta olup, tüm personelin bu çalışmalara katılımı sağlanmaktadır.

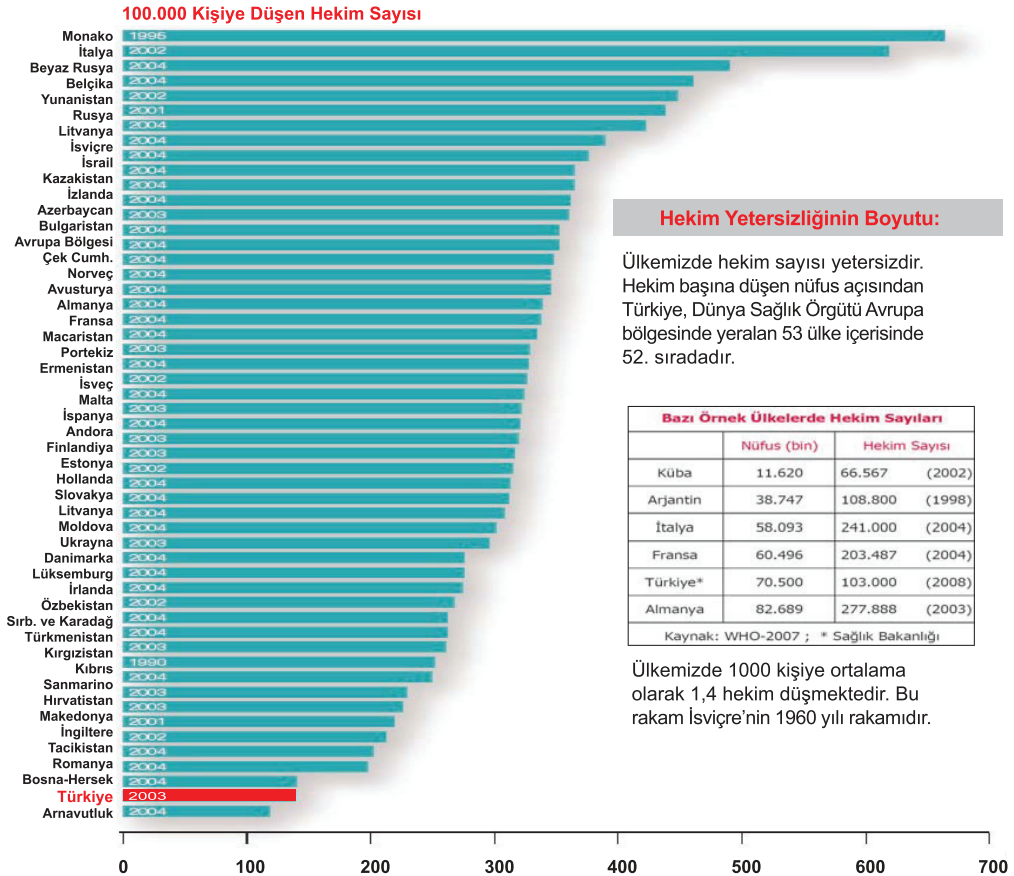
Kurumların dört ayda bir düzenli bir şekilde değerlendirilmesi bu çalışmaların sürekliliğini sağladığı gibi etkililiğini de artırarak bu standartların uygulanmasına büyük katkılar oluşturmaktadır.

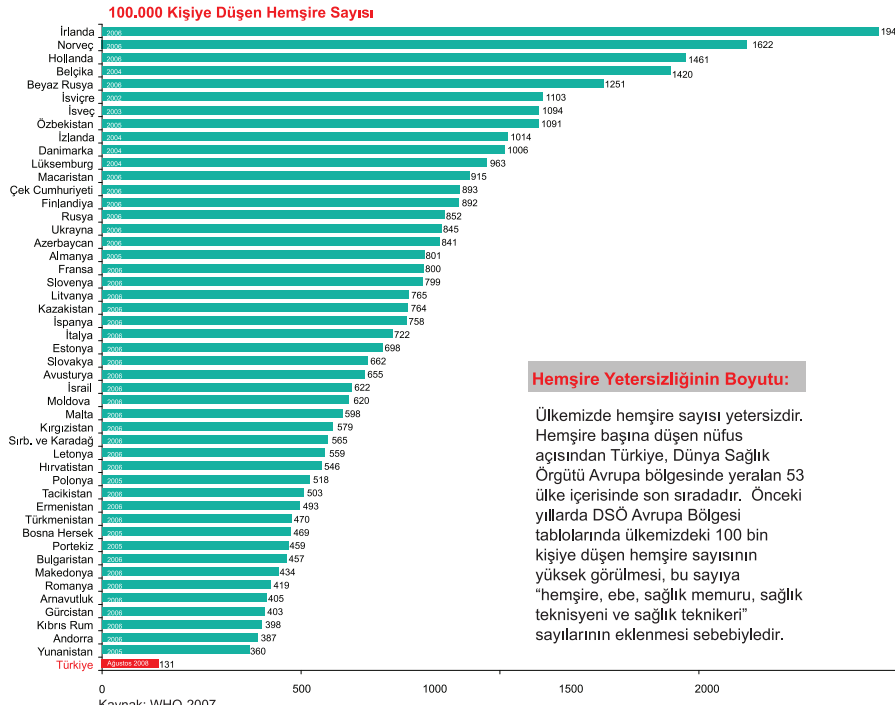
6. Sağlıkta İnsan Kaynakları Yönetimi

a) İnsan Kaynakları Durum Tespiti ve Çözüm Planlaması

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

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





Hemşire Yetersizliğinin Boyutu:

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

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

**Bazı Örnek Ülkelerde
Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi Başına Düşen Öğrenci Sayısı**

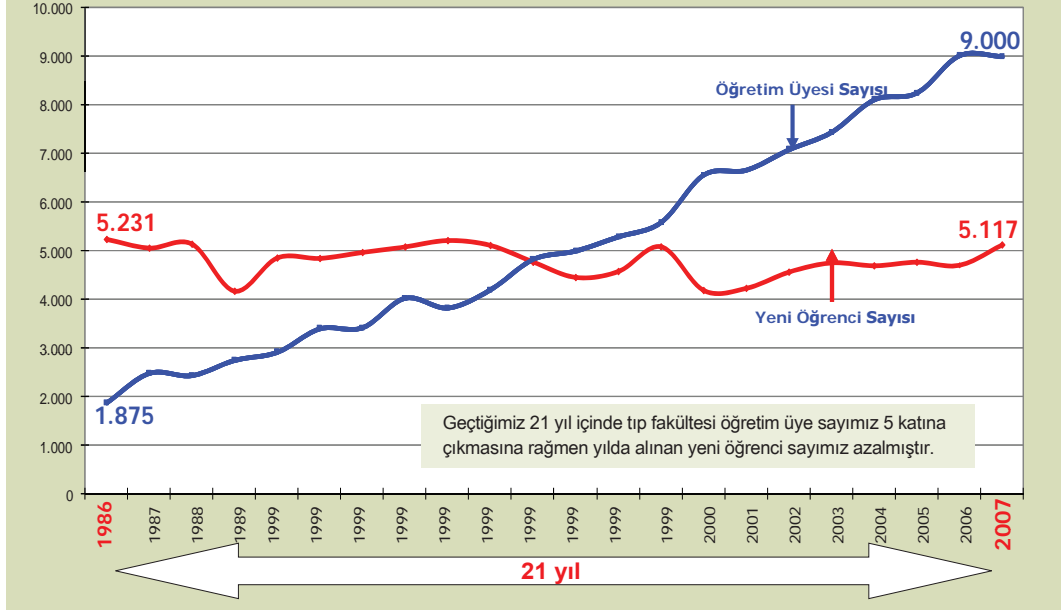
| Ülke | Nüfus (Milyon) | Tıp Fakültesi Sayısı | Öğretim Üyesi Sayısı | Öğrenci Sayısı | Öğretim Üyesi Başına Düşen Öğrenci Sayısı |
|------------|----------------|----------------------|----------------------|----------------|---|
| Almanya | 82,6 | 36 | 3.550 | 79.866 | 22,5 |
| İspanya | 41,9 | 28 | 2.500 | 36.049 | 14,4 |
| İtalya | 58 | 39 | 12.583 | 148.157 | 11,8 |
| Fransa | 60 | 44 | 5.849 | 62.921 | 10,8 |
| Slovakya | 5,4 | 3 | 893 | 6.561 | 7,3 |
| Slovenya | 2 | 1 | 285 | 1.717 | 6 |
| Finlandiya | 5,2 | 5 | 698 | 3.583 | 5,1 |
| Danimarka | 5,4 | 5 | 1.570 | 6.598 | 4,2 |
| Türkiye* | 70,5 | 52 | 9.020 | 32.985 | 3,6 |

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

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

Kaynak: Dışişleri Bakanlığı;
*Sağlık Bakanlığı

Yıllara Göre Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi ve Yeni Kayıt Yaptıran Öğrenci Sayısı



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

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

Böylece 2023 yılında 200 bin hekim ve 400 bin hemşire sayısı ile Avrupa ortalamasına yaklaşmamız mümkün olabilecektir. Bu rakamlarla her yüz bin kişi için

250 doktor ve 500 hemşireye sahip olacağız. Fizyoterapist ve diğer birçok sağlık disiplininde de aynı yaklaşım büyük önem taşımaktadır.

2023 yılı için aşağıdaki ihtiyaç öngörüsü makul görünmektedir:

- 2008'de kişi başına hekime müracaat sayısı 6,3 civarında olacaktır. Bu sayının önümüzdeki 15 yıl içerisinde yılda 7-8 arasında bir sayıya ulaşacağını bekliyoruz. Yukarıda ifade edildiği gibi Türkiye nüfusunun 2023'de 83 milyona ulaşacağı öngörülmektedir. Böylece 2023 yılında toplam müracaat sayısının 664.000.000'a ulaşacağını tahmin ediyoruz. ($83.000.000 \times 8 = 664.000.000$)
- Kaliteli ve güvenilir bir sağlık hizmeti sunumu için bir hekimin hastasına ortalama olarak 15-20 dakika ayırması gerektiği söylenebilir. Aile hekimlerinin ve ayaktan tedavi hizmeti veren uzman hekimlerin her bir hastasına ortalama 17 dakika ayırdığını varsayarak günde 25 hasta talebini karşılamalarını hedeflemek makul olacaktır. (Ayaktan hasta kabulünde bir hekimin günde ortalama 7 saat hizmet verdiği; $420 \text{ dk} / 17 = \sim 25$).
- Yılda ortalama 220 iş gününden hareketle $664.000.000 / 220 \text{ gün} = 3.018.181$ müracaat/gün'ün karşılanması gerekecektir.
- $3.018.181 / 25 = 120.727$ hekim / gün oranı elde edilecektir. (Yani 2023 yılında, aynı anda hasta muayenesi yapan 120 bin hekime ihtiyacımız olacaktır).

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

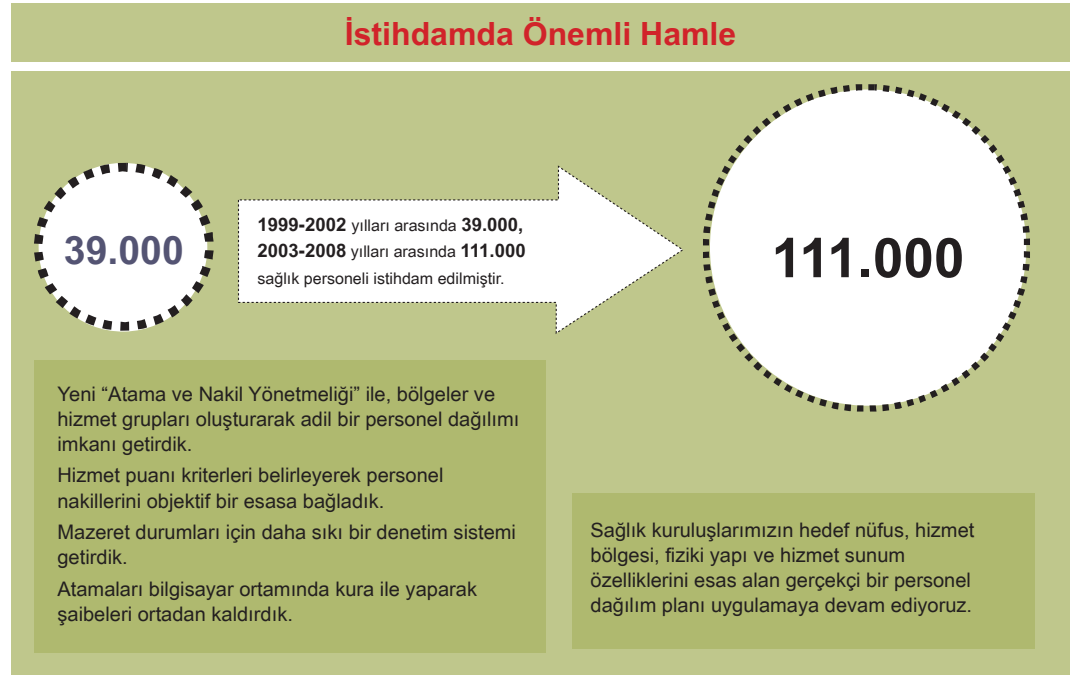
Yetersiz hekim sayısının hizmet arzını optimal karşılayamamasının coğrafik olarak hekim dağılımını zorlaştırdığı, hekim arzının maliyetini aşırı yükselttiğini, gereksiz tetkik ve polifarmasi uygulamaları sonuçlarını doğurduğunu ve bütün bunlarla birlikte maliyeti yükselttiğini de eklemek gerekmektedir.

b) Sağlık İnsan Kaynağı İstihdamında Hamle

Kamu sağlık kuruluşlarında beş yılda 111 bin yeni sağlık personeli istihdam edildi. Mahrumiyet sebebiyle yıllardır sağlık personeli gönderilemeyen sağlık tesislerimizde yeni istihdam edilen 16 bin sözleşmeli sağlık çalışanı görev almıştır. Bu şekilde, uzman hekim açısından en iyi durumdaki ilimizle en kötü durumdaki ilimiz arasındaki oran, 1/14'den 1/3,5'a, pratisyen hekim için 1/9'dan 1/2,7'ye,

hemşire-ebe için ise 1/8'den 1/3,8'e düşmüştür. Alt ve üstteki uç noktalarda kalan birkaç şehirle ilgili dengeleme çalışmalarıyla, önümüzdeki birkaç yılda dağılım çok daha hakkaniyetli hale getirilecektir. Diğer bir istihdam modeli ise, hizmet alımı yoluyla temin edilen temizlik, bilgi-işlem, koruma-güvenlik ve yemek gibi işlerde çalışan personelin istihdamıdır. Bu personelin sayısı 2002 yılında 25 bin civarında iken 2008 yılında 95 bine ulaşmıştır.

2002 yılında Sağlık Bakanlığı ve SSK'ya ait sağlık kuruluşlarında hizmet veren personel sayısı 272 bin iken 2008 yılı Kasım itibariyle 414 bine ulaşmıştır. (Bu sayılara kamu tarafından doğrudan istihdam edilenlere ilaveten hizmet alımı yöntemi ile istihdam edilen personel sayısı dâhildir.)



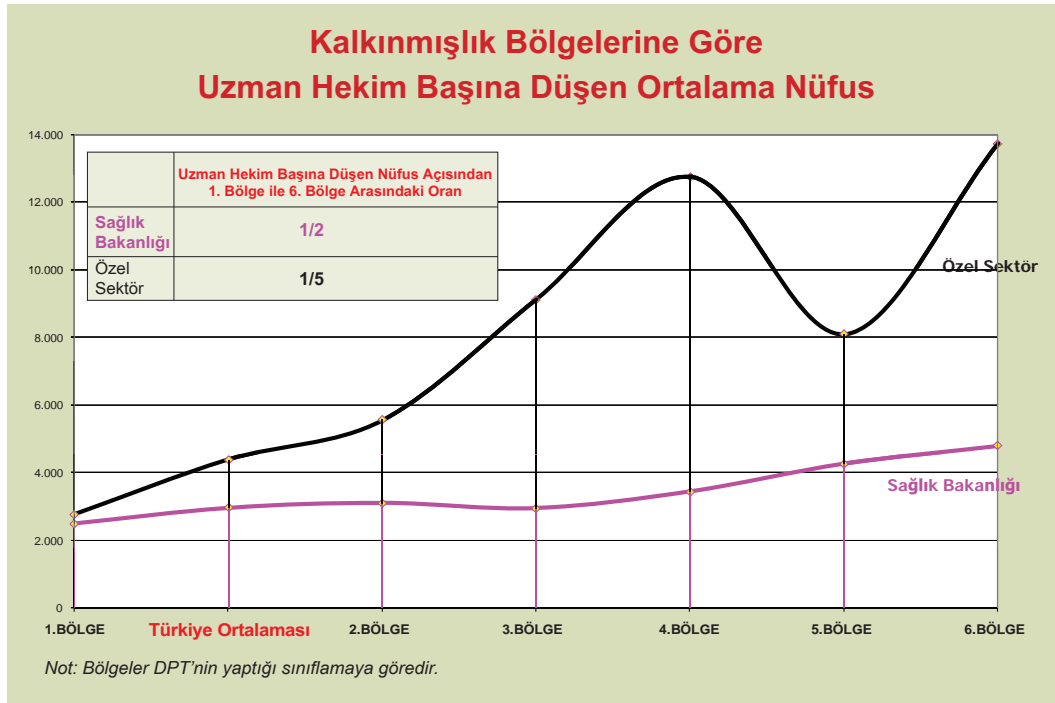
c) Personel Atamalarında Şeffaflık

Sağlık personelinin ülke genelinde dengesiz dağılımının eski dönemin önemli sorunlarından biri olduğu bilinmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programının önceliklerinden birisi de 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 kurulması olmuştur.

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

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

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.



Bu çerçevede DPT Kalkınmışlık Bölgelerine göre uzman hekim başına düşen nüfus oranı 1. bölgeyle 6. bölge arasında özel sektörde 1/5 iken kamuda bu oran 1/2 ye inmiştir.



Atamalarda kayırma imkânını tamamen ortadan kaldıracak şekilde, Bakanlığa bağlı sağlık kuruluşlarında görev yapan sağlık personelinin dengeli dağılımının sağlanması için, farklı bir anlayışla Atama ve Nakil Yönetmeliği hazırlandı. İlk defa yapılacak atamalarda, uzman tabip, tabip, diş tabibi ve eczacı unvanlı personel bilgisayar kurusuyla, 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 getirilmiştir. 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 vermiştir. Böylece sağlık personelinin ülke genelinde daha adil ve dengeli dağılımı yönünde büyük başarılar kaydedilmiştir.

d) Sağlık Personeli Eğitimi

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

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



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

2008 yılında tüm sağlık müdürleri 1 haftalık uyum eğitimine alınmış, sağlık grup başkanlarının uyum eğitimlerine de başlanmıştır.

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

7. Ulusal İlaç Politikası

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. Sağlık Bakanlığının görevi vatandaşlarımızın kullandığı ilaçların etkili, kaliteli, güvenilir bir şekilde uygun fiyatlarla bulabilmesini temin etmektir. Sağlıkta Dönüşüm Programının amacı vatandaşlarımızın herhangi bir ayrıma tabi tutulmaksızın ilaçlarına erişiminin sağlanması ve bu erişimin sürekliliğinin temin edilmesidir. Bu amacı gerçekleştirmek için yapılanlar şöyle sıralanabilir.

a) İlaç Fiyatlarında İndirim

Sağlıkta Dönüşüm Programında ilaçla ilgili tespitlerin başında, eski dönem ilaç fiyat artışlarının kanıta dayalı bir temele oturmaması gelmektedir.

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 referansa dayalı sistemle şeffaflık getirmiştir. Bu sayede ilaç fiyatlarında önemli derecede ucuzlamalar olmuş ve fiyatlar Avrupa’da mevcut en düşük düzeylere çekilmiştir. Bu uygulamanın başlamasıyla bine yakın üründe %1



ilâ %80 arasında değişen fiyat düşüşleri gerçekleşmiştir. Referans sistemi sayesinde halen birçok üründe fiyat düşüşleri devam etmektedir. Ayrıca ilâçta %18 olan KDV oranı %8'e düşürülerek ilâç fiyatlarında önemli bir düşüş daha sağlanmıştır. Tek alıcı konumundaki kamu sosyal güvenlik kuruluşlarının sektörle görüşerek belli oranlarda indirimlerin sağlanması, ilâç fiyatlarının kamuya maliyetini daha da aşağı çekmiştir.

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

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

1984 tarihli "Fiyat Kararnamesi"nde:

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

6 Şubat 2004 tarihinde Hükümetimizin yaptığı yeni kararname ile:

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

Geri ödeme kurumlarını karar verme sürecine dahil eden yapıyı oluşturduk.

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

Referans Fiyat Sistemi ile İlaç Fiyatlarının Düzenlenmesi

*İlaç fiyatları en ucuz olan ve takip edilen AB üyesi 5 ülkeyi referans alıyoruz. 2007 yılında yayımlanan Kararname revizyonu ile referans ülke sayısı 5 ila 10 ülke şeklinde değiştirilerek daha fazla ülkenin referans alınmasının önü açılmıştır.

*Herhangi bir ilacın ülkemizdeki azami fiyatını bu 5 ülkedeki en ucuz rakamı esas alarak belirliyoruz. (Referans fiyat)

*Bu uygulama ile bine yakın üründe %1 ile %80 arasında değişen fiyat düşüşleri gerçekleştirdik..

Referans Fiyat Sistemi
ile Sağlanan Yıllık Kamu
Tasarrufu

1 Milyar YTL

2002 Fiyatları İle Kamu İlaç Harcaması (milyon-YTL) ve Tüketilen İlaç Miktarı (milyon kutu)

| | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | Beş Yıllık Artış (%) |
|----------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|----------------------|
| Kamu İlaç Harcaması (milyon-YTL) | 5.232 | 5.428 | 5.601 | 5.753 | 5.944 | 6.056 | 16% |
| Tüketilen İlaç (milyon kutu) | 699 | 769 | 856 | 1.212 | 1.272 | 1.399 | 100% |

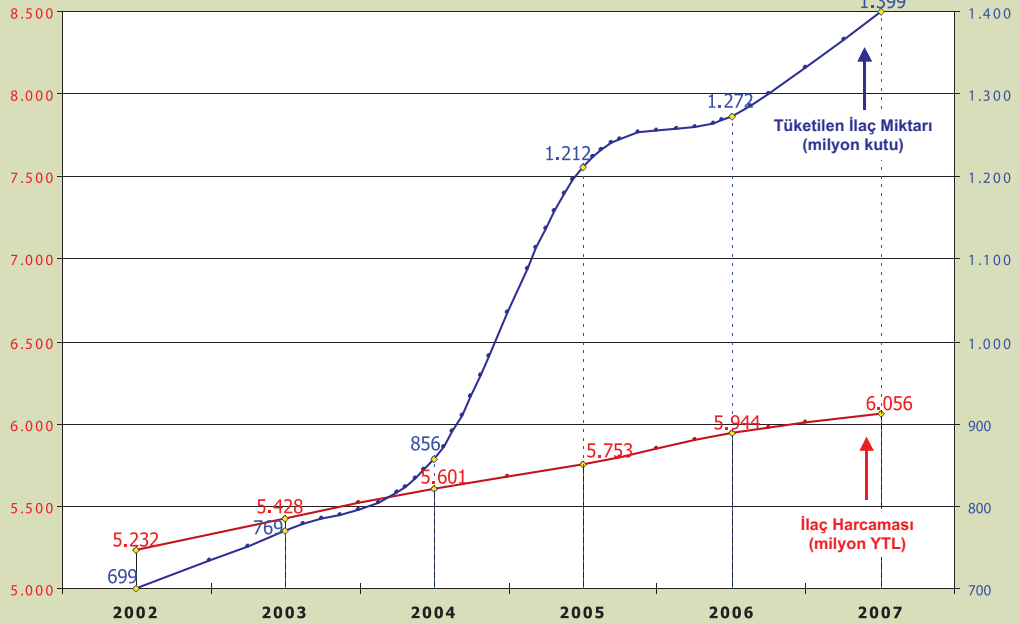
Uyguladığımız ilaç politikaları sayesinde beş yılda tüketilen ilaç miktarı %100 artarken kamu ilaç harcaması reel olarak sadece %16 arttı.

İlaç politikalarımızla tasarruf ettiğimiz parayı, halkımızın ilâca kolay ulaşması için sarf ettik. SSK'lı ve yeşil kartlı vatandaşlarımızın ilaçlarını serbest eczanelerden alabilmelerini sağladık.

b) Eczanelerin Herkese Açılması

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

2002 Fiyatları İle Kamu İlaç Harcaması (milyon-YTL) ve Tüketilen İlaç Miktarı (milyon kutu)



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

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

c) Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetimi

Akılcı ilaç kullanımı konusuna verdiğimiz önem çerçevesinde, özellikle birinci basamak hekimlerine yönelik tanı ve tedavi rehberleri yayımladık. Ayrıca bu konudaki kurumsal yapılanma hazırlıklarımız devam etmektedir.

Halkımızı akılcı ilaç kullanımı konusunda bilinçlendirecek televizyon programlarının hazırlıklarına başladık. Okullarda çocuklara bilgilendirici seminerler verilmesi ve sağlık derslerinin müfredatına bu konunun konulması için Milli Eğitim Bakanlığı ile işbirliği geliştireyoruz.

8. Sağlık Bilgi Sistemi

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

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



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

Elektronik hasta kaydının öncüsü ve sağlık bilgi sisteminin sınırlı bir ölçekte örneği olan Aile Hekimliği Bilgi Sistemi uygulamaya konuldu. Bu yolla Aile Hekimliği uygulanan illerimizde bugüne kadar yaklaşık 17 milyon vatandaşımızın Elektronik Sağlık Kayıtları tutulmaya başlanmıştır.

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

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

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

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

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

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

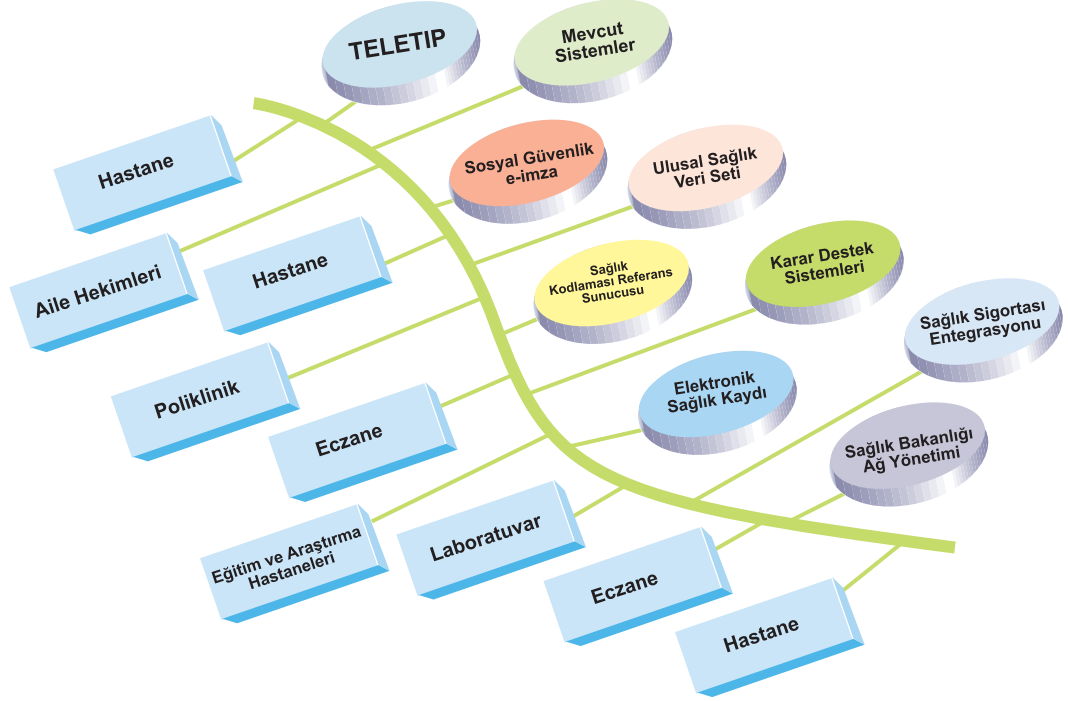
Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi/e-Sağlık Projesi, bütün sağlık hizmetlerini ve sağlık sisteminin tüm aktörlerini içine alacak bir sağlık bilgi sisteminin kurulması için alt yapı çalışmaları tamamlanmıştır. Ulusal Sağlık Veri Sözlüğünde yer alan Minimum Sağlık Veri Setlerine göre, bütün hastanelerimizden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

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

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

a) e-Kimlik (akıllı kart) projesi ile hem vatandaşlar hem de hekimler elektronik sağlık kayıtlarına güvenli olarak erişecek ve kişisel mahremiyetin ihlal edilmesi önlenecektir.

Sağlık Net Portalı Devreye Alındı



b) e-Reçete projesi ile kağıt reçete ortadan kalkacak ve reçeteler tamamen elektronik ortamda işlem görecektir.

Söz konusu bu projelerin pilot uygulamaları, Ekim 2008 tarihinde Bolu ilinde başlatılmıştır.

9. Yatırımlarda Akılcılık

Sağlıkta Dönüşüm Programıyla bütün sağlık yatırımları gözden geçirilerek detaylı bir sağlık envanteri çıkarıldı. Kamu sağlık yatırımları yeniden planlandı. Yatırımların finansal, tıbbi ve teknik analizleri dikkatle değerlendirildi. Yatırım planlamaları ilçe, il ve bölge düzeyinde, yerinde incelenerek ve yerel yöneticilerle birlikte yapıldı. Projeler öncelik ve önem sırasına göre tekrar tasnif edilerek yatırım bütçelerimizin daha akılcı olarak kullanılması sağlandı.

“Türkiye Sağlık Envanteri” çalışması yaptık.

Yatırımların finansal, tıbbi ve teknik analizlerini dikkatle değerlendirdik.

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

Projeleri öncelik ve önem sırasına göre tasnif ettik.

Yatırım bütçelerimizi yukarıdaki esaslarla rasyonel olarak kullandık.

Kasım 2002-Kasım 2008 Yılları Arasında
Tamamlanan Sağlık Yatırımları

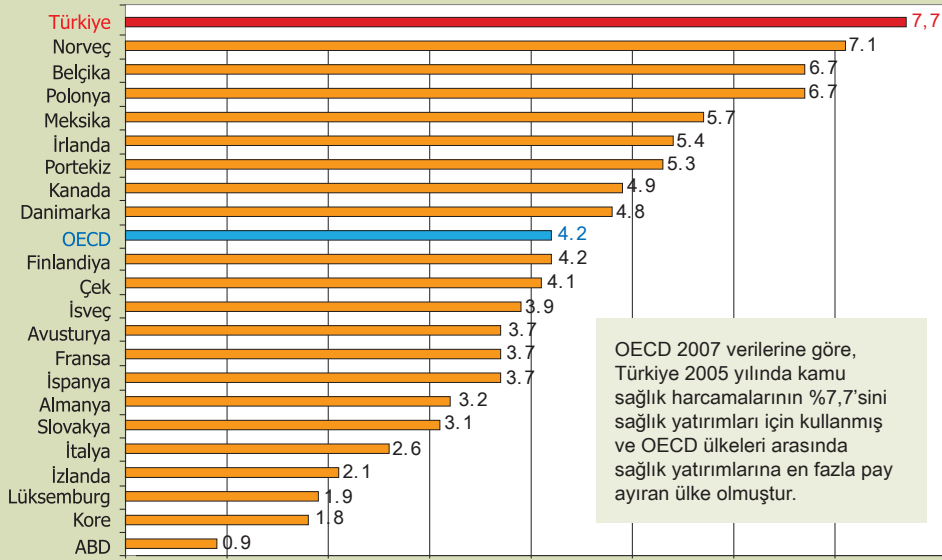
| Hastane | Hastane Ek Bina | Sağlık Ocağı | Diğer | Toplam |
|---------|-----------------|--------------|-------|--------|
| 211 | 191 | 752 | 95 | 1,249 |

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

| Genel Bütçe | Döner Sermaye | İl Özel İdaresi | TOKİ | Toplam |
|-------------|---------------|-----------------|------|--------|
| 3.274 | 3.260 | 753 | 207 | 7.594 |

Sağlıkta Dönüşüm Programı döneminde yatırım, bakım-onarım ve tıbbi donanım için 7 milyar 594 milyon YTL harcadık. 752'si sağlık ocağı olmak üzere toplam 1.249 sağlık yatırımını hizmete açtık.

Kamu Sağlık Harcaması İçinde Sağlık Yatırım Harcamalarının Payı (%)

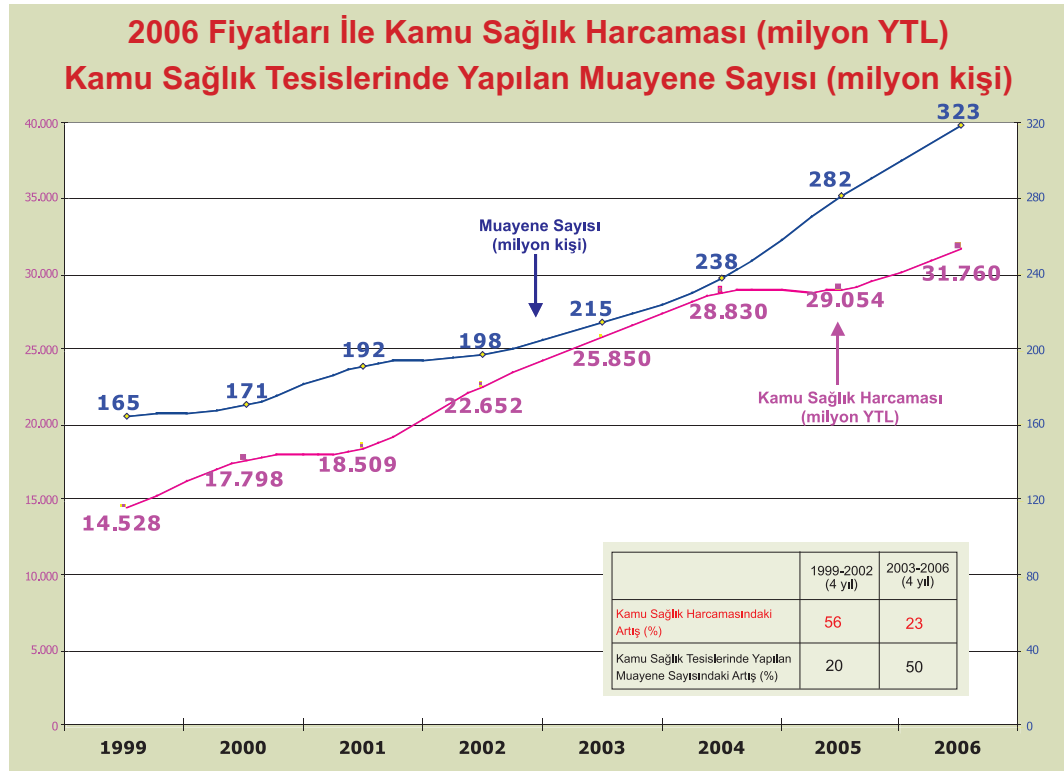


OECD 2007 verilerine göre, Türkiye 2005 yılında kamu sağlık harcamalarının %7,7'sini sağlık yatırımları için kullanmış ve OECD ülkeleri arasında sağlık yatırımlarına en fazla pay ayıran ülke olmuştur.

Kaynak: OECD 2007 Raporu

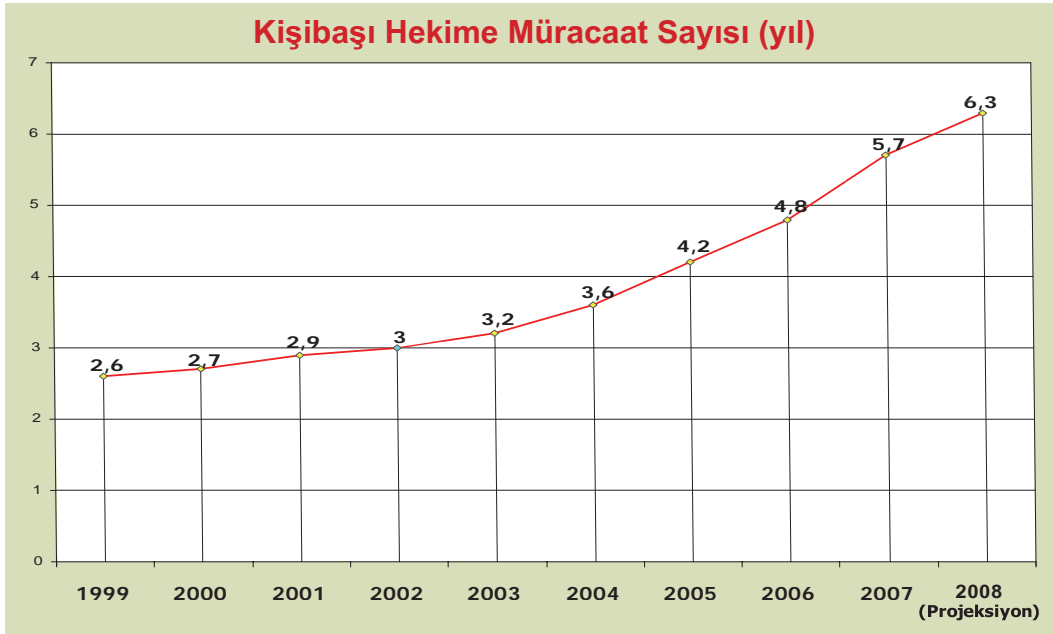
10. Sağlık Harcamaları

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

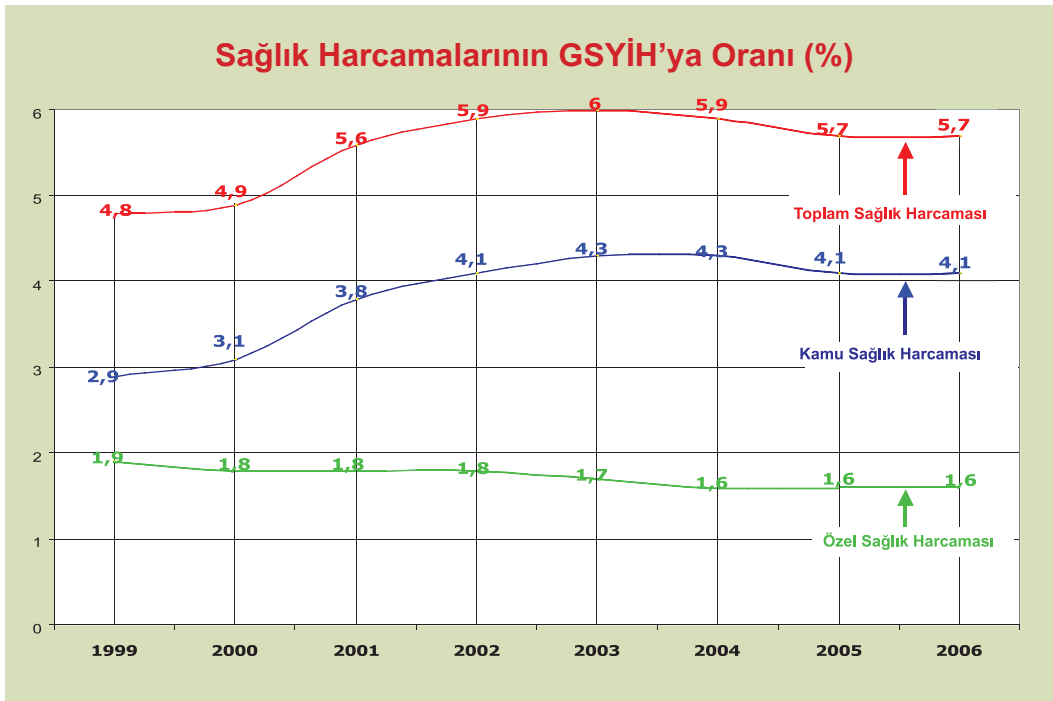


Sağlıkta Dönüşüm Programı kaynakların optimum kullanımını sağlayarak etkili, verimli ve hakkaniyetli bir sağlık sistemi oluşturmuştur.

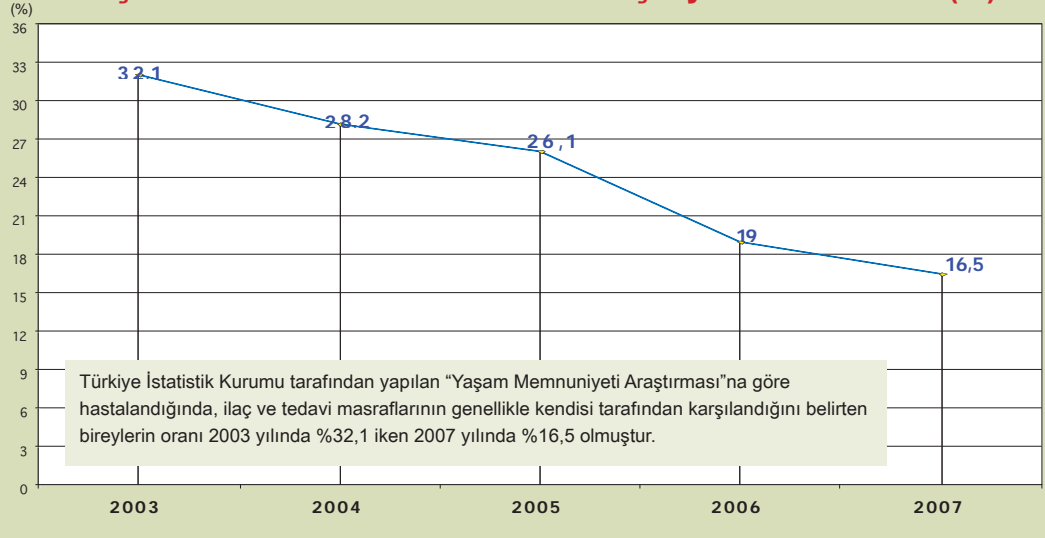
Ülkemizde kişi başı hekime müracaat sayısı 6 yılda iki katına çıkmıştır. Bu tablonun oluşmasında Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde vatandaşlarımızın ilaç ve sağlık hizmetine ulaşımındaki engellerin kaldırılmasının büyük etkisi vardır. 2008 yılında ulaşılan bu sayıların, Avrupa ortalamalarının hala altında olduğuna da işaret etmek gerekmektedir.



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



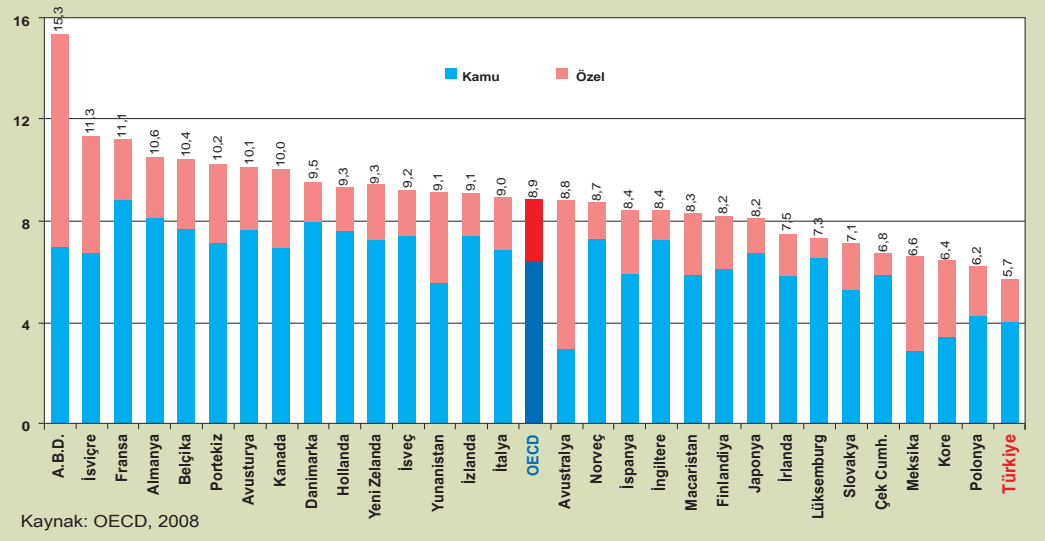
İlaç ve Tedavi Masraflarını Kendi Karşılamanın Yüzdesi (%)



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

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

Sağlık Harcamalarının Gayri Safi Yurtiçi Hasıla İçindeki Oranı (%), 2006



Sağlıkta Dönüşüm Programıyla koruyucu ve temel sağlık hizmetlerinde seferberlik yapıldı ve 2002 yılında 876 milyon YTL olan koruyucu ve temel sağlık hizmetleri bütçesi, 2008 yılında 2 milyar 973 milyon YTL'ye ulaştı. 2009 yılında ise koruyucu ve temel sağlık hizmetlerine ayırdığımız bütçe 3 milyar 979 milyon TL dir. Bu bütçe rakamı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Verem Savaş Daire Başkanlığı, Sıtma Savaş Daire Başkanlığı ve Kansere Savaş Daire Başkanlığı bütçelerinin toplamından oluşmaktadır.

Bakanlığımıza bağlı Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında verilen hizmetlerin istenilen düzeyde yürütülebilmesi ve bürokratik işlemlerin azaltılması amacıyla Döner Sermaye gelirlerinden tıbbi cihaz ve makine teçhizat alımı ve bunların onarımları, demirbaş malzeme alımları, gayrimenkul bakım ve onarım giderleri için İl Sağlık Müdürlüklerine yetki verilmiştir. Bu durum genel bütçe kaynaklarına ek olarak Temel sağlık hizmetlerine ayrılan finansman kaynağının genişlemesini sağlamıştır.



**Daha önceki yayınlarımızdaki bazı veriler bu yayınımla revize edilmiş ve güncellenmiştir.*

Kaynaklar

1. 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun Gerekçe Metni, 1961
2. 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun Metni, 1961.
3. 58. Hükümet Programı <http://www.byegm.gov.tr/hukümetler/58hukümet>
4. 59. Hükümet Programı <http://www.byegm.gov.tr/hukümetler/59hukümet>
5. 60. Hükümet Programı, <http://www.byegm.gov.tr/hukümetler/60hukümet>
6. Acil Eylem Planı, www.akparti.org.tr/acileylem.asp
7. Aile Hekimliği Türkiye Modeli. Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2004
8. Akdağ Recep, Nereden Nereye, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı, Ankara, Temmuz 2007
9. Akdağ Recep, İlerleme Raporu, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı, Ankara, Ağustos 2008.
10. Aydın, Sabahattin. Hayata Yüksekten Bakabilmek, Medipolitan Eğitim ve Sağlık Vakfı Yayınları İstanbul, 2008
11. Çetin E. İstanbul'da yaşayan çocuk ve adolesanlarda anemi prevalansının araştırılması (Tez), İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, 1997
12. Demir eksikliği araştırması, Sağlık Bakanlığı – Hacettepe Üniversitesi, 2008, Ankara (Yayınlanmamış Rapor)
13. Demirel, Hüseyin. 1946-1960 Arası Sağlık Politikaları ve Sağlıkta Planlama, Medipolitan Eğitim ve Sağlık Vakfı Yayınları İstanbul, 2008
14. Dünya Sağlık Örgütü web sayfası www.who.int, (Erişim Tarihi: 25.08.2008)
15. Dünya Sağlık Örgütü. 21. Yüzyılda Herkese Sağlık. Copenhagen:;WHO Publications; 1998.
16. Dünya Sağlık Örgütü, Global Burden of Disease Study, WHO Publication, Switzerland, 2008
17. Evliyaoğlu, N. Altıntaş, D. Atıcı, A. Anne sütü, inek sütü, formül mama ile beslenenlerde demir durumu, Türkiye Klinikleri Pediatri dergisi 1996-5
18. Fişek N: Halk Sağlığına Giriş, Hacettepe Üniversitesi Yayını, 1985
19. Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Bakanlığının Değişen Rolü, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2007
20. Gökçay, G. Kılıç, A. Çocuklarda demir eksikliği anemisinin epidemiyolojisi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları dergisi, 2000-43
21. Herkese Sağlık, Türkiye'nin Hedef ve Stratejileri-Sağlık 21, Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları; 2001.

22. Improving Health Systems: The Contribution of Family Medicine. WONCA; 2002
23. Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı. www.basbakanlik.gov.tr/docs/kkgm/kanuntasarilari/101-1349.do
24. Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı, <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem22/yil01/ss349m.htm>
25. Küresel Tüberküloz Kontrolü 2007, DSÖ, 2007
26. Küresel Tüberküloz Kontrolü 2008, DSÖ, 2008
27. Lozoff, B. Andraca, I. Castillo, M. Smith, B. Behavioral and Developmental Effects of Preventing Iron-Deficiency Anemia in Healthy Full-Term Infants Pediatrics 2003-112
28. OECD Health Data, OECD Publications, 2001.
29. ÖSYM Yıllıkları
30. Özkan, B. ve ark. Prevalance of vitamin deficiency rickets in the eastern part of Turkey, Eur. J. Pediatr., September, 2008
31. 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.
32. Roberts, Mark J., Hsiao, W. Getting Health Reform Right, 2008
33. Sağlık 2003, Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2004
34. Sağlık 2004, Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2005
35. Sağlık 2005, Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2006
36. Sağlık 2006, Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2007
37. Sağlıkta Dönüşüm Programı, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2003
38. Sağlıkta e-Dönüşüm, Sağlık Bakanlığı, Ankara 2007
39. Sağlıkta Performans Yönetimi ve Performansa Göre Ödeme Sistemi. Sağlık Bakanlığı, Ankara 2005
40. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, 1982
41. Türkiye Cumhuriyeti Dokuzuncu Kalkınma Planı 2007-2013, DPT, Ankara, 2006
42. Türkiye'de Verem Savaşı, 2008 Raporu, Sağlık Bakanlığı, 24 Mart 2008
43. Ulusal Sağlık Hesapları, 2003 (Sağlık Bakanlığı Yayınlanmamış Rapor).
44. Yalçın, SS. Yurdakök, K. Açıkgöz, D. Özmert, E. Short-term developmental outcome of iron prophylaxis in infants. Pediatr Int 2004-42



ISBN: 978-975-590-296-8