



T.C. SAĞLIK
BAKANLIĞI

SAĞLIK 2005

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
STRATEJİ GELİŞTİRME BAŞKANLIĞI

SAĞLIK 2005

Editör

Pof. Dr. Sabahattin AYDIN

Hazırlayanlar

Dr. Hüseyin DEMİREL

Yamen ATAK

Mine TUNÇEL

Osman GÜZELGÖZ

Emine Işık BORA

ANKARA 2005



İçindekiler

9	■ Yönetici Özeti
13	■ Giriş
14	■ Temel Sağlık Hizmetleri
34	■ Ana-Cocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Hizmetleri
48	■ Tedavi Hizmetleri
64	■ İlaç ve Eczacılık Hizmetleri
74	■ Sağlık Eğitimi
78	■ İnsan Kaynakları
84	■ Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü
86	■ Refik Soydam Hıfzıssıhha Merkezi
100	■ Bilgi İşlem
116	■ Araştırma, Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı / Strateji Geliştirme Başkanlığı
142	■ SABİM (Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi) - Halkla İlişkiler
146	■ Kalite Koordinatörlüğü
154	■ Dış İlişkiler
168	■ Avrupa Birliği Koordinasyon Daire Başkanlığı
178	■ Hukuk Müşavirliği ve Teftiş Kurulu Faaliyetleri
182	■ Proje Yönetim Destek Birimi
188	■ Mevzuat Çalışmaları
198	■ Basından

“Türkiye'nin yıllardır ihtiyacı olan düzenlemeleri hayata geçirmek için büyük bir değişim hareketi başlattık. Bugün bu uygulamaların sonuçları yavaş yavaş ortaya çıkıyor.”



RECEP TAYYIP ERDOĞAN

BAŞBAKAN

Hükümet olarak göreve geldiğimiz ilk günden beri devletin, temel hizmet alanlarına yoğunlaşmasının gereğini uyguladık. Bu alanların belki de en önemlisi sağlıktır.

Türkiye'nin yıllardır ihtiyacı olan düzenlemeleri hayata geçirmek için büyük bir değişim hareketi başlattık. Bugün şükürler olsun bu uygulamaların sonuçları yavaş yavaş ortaya çıkıyor.

Artık hiçbir vatandaşımız hastanelerde rehin kalmıyor.

Bildiğiniz gibi devlet hastaneleriyle SSK hastanelerini tek bir çatı altında topladık; dileyen dilediği hastanede gidip tedavisini oluyor.

İsteyen vatandaşımız özel hastanelerden de yararlanabiliyor. İlaçlarını özel eczanelerden, serbest eczanelerden alabiliyor.

Düşününüz...

Eskiden SSK'lı hastalarımız yurtdışına gidemiyordu, biz bu haksız uygulamayı da ortadan kaldırdık; SSK'lı vatandaşlarımız da gereği halinde yurtdışında tedavi olabiliyorlar.

Hastanelerimizi hızla modernize ediyoruz. Koğuş sistemini yeni projelerimizde kaldırdık, artık hastalarımız tek ya da çift yataklı odalarda kalıyor.

Ambulans hizmetlerini köylere kadar ulaştırıyoruz, bu adımı da milletimiz adına çok önemli buluyoruz ve yoğun olarak bu ağı genişleteceğiz.

Bu örneklerin ortak paydası biliniz ki insandır, insana verilen önemdir, gösterilen ihtimamdır.

Ecdadımızdan tevarüs ettiğimiz "İnsanı yücelt ki, devlet yücelsin" anlayışının tezahürüdür.

Şükürler olsun ki Türkiye sağlık alanındaki dev yatırımlarıyla dışarıya hasta gönderen değil, komşularından hatta Avrupa ülkelerinden hasta kabul eden bir ülke olmaya başlamıştır.

“Hükümetimiz, göreve geldiği ilk günden itibaren, devletin aslî görevlerini yerine getirerek vatandaşlarımızı mutlu kılma gayreti içinde olmuştur. Sağlık Bakanlığımızda da bu gayretin bir ifadesi olarak bütün icraatlarımızın merkezine insanı yerleştirdik. Hizmet felsefemizi “önce insan” anlayışı ile ortaya koyduk. İnsanımızın hakkı olan hizmetin ciddiyet ve hassasiyetle verilmesini lütuf değil, görevimiz olarak gördük.”



Prof. Dr. RECEP AKDAĞ

SAĞLIK BAKANI

Devletin en önemli görevleri adaleti ve güvenliği sağlamak, vatandaşlarının eğitim ve sağlık hizmetlerinden en üst düzeyde yararlanmasının yollarını açmaktır. Hükümetimiz, göreve geldiği ilk günden itibaren, devletin aslı görevlerini yerine getirerek vatandaşlarımızı mutlu kılma gayreti içinde olmuştur.

Sağlık Bakanlığımızda da bu gayretin bir ifadesi olarak bütün icraatlarımızın merkezine insanı yerleştirdik. Hizmet felsefemizi “önce insan” anlayışı ile ortaya koyduk. İnsanımızın hakkı olan hizmetin ciddiyet ve hassasiyetle verilmesini lütuf değil, görevimiz olarak gördük.

Vatandaşlarımızın yıllar içinde birikmiş ve kördüğüm haline gelmiş meselelerine süratle rahatlatıcı çözümler getirmek için “acil eylem planımızı” ilân ettik ve unsurlarını hayata geçirmeye başladık. Beklemeye tahammülü olmayan, insan hayatı ve sağlıkla ilgili gerekli düzenlemeleri birer birer yerine getiriyoruz.

Acil eylem planı dahilinde sağlık alanında tespit ettiğimiz problemlere çare olarak “Sağlıkta Dönüşüm Programı”nı ortaya koyduk. Sağlıkta Dönüşüm Programı, sağlık hizmetleri alanında reform niteliğinde yapısal değişikliklerle sistemi yeniden kuracak büyük bir projenin adıdır.

Program hazırlanırken dünyanın birçok ülkesini bizzat yerinde inceledik. Konunun teorisiyle gözlemlerimizi birleştirerek Türkiye modelini oluşturduk. Bu model kuşkusuz, dinamik bir süreç içermektedir.

Öncelikle Sağlık Bakanlığını kürek çeken değil, dümen tutan bir teşkilât olması yolunda yeniden yapılandırıyoruz. Sağlık Bakanlığımızı sağlık hizmetlerini planlayan, standartları düzenleyip denetleyen bir kurum haline getiriyoruz.

Sağlıkta Dönüşüm Programımızın en önemli bileşenlerinden biri de ‘Genel Sağlık Sigortası’dır.

Genel Sağlık Sigortası ile, mevcut sosyal güvenlik kuruluşlarımızdaki emeklilik ve sağlık sigortacılığının birbirinden ayrılmasını, sağlık sigortası işlemlerinin tek çatı altında toplanmasını hedefliyoruz. Yine bu uygulama kapsamında ödeme gücü olmayanların primlerinin devletçe karşılanmasını sağlıyoruz.

Genel Sağlık Sigortası ile alman hizmetlerle ilgili yerindelik ve uygunluk denetimi yapacak bir yapı oluşturmayı öngörüyoruz.

Sağlıkta Dönüşüm Programımızda, hizmet yarışını özendirmek için; sağlık kuruluşlarımızda “Performansa Dayalı Ek Ödeme” esasını uygulamaya koyduk. Devlet memurları ve Emekli Sandığı kapsamındaki vatandaşlarımıza belli esaslar dahilinde, özel sağlık kuruluşlarından hizmet alabilmeleri imkânını getirdik.

Sağlıkta Dönüşüm Programımızda Aile Hekimliğine geçeceğimizi ilân etmiştik. 5258 sayılı “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun”u çıkardık. Aile Hekimliği uygulaması ile ilgili yönetmelikleri yürürlüğe koyduk. Yeni bir anlayışla ele aldığımız, topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini verecek olan “Toplum Sağlığı Merkezleri” yönergesini yayınladık.

Sağlık hizmetlerinde etkili bir sevk zinciri kurabilmenin ilk şartı, hastanın birinci basamak sağlık hizmetini kendi seçtiği ve güvendiği bir hekimden almasıdır. Aile hekimliği sistemimizin temel felsefesi budur ve Aile Hekimliği Uygulama, Yönetmeliğimiz bunu sağlamaktadır.

Sağlıkta Dönüşüm Programımızda, “ülkemizdeki hastanelerin tümü, aralarında hiçbir ayırım yapılmaksızın, sigorta sistemi ile sözleşme yapmak ve sevk sistemi esaslarına uymak kaydıyla bütün vatandaşlarımıza hizmet verebileceklerdir” diye belirtmiştik. Görevde bulunduğumuz üç yıllık süre zarfında, özel hastane ve poliklinikleri devlet memurları ve

Yönetici Özeti

Toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi ve sağlıklı hayatın sürdürülmesi için koruyucu sağlık hizmetlerinin özel bir konumu ve önemi vardır. Bu sebeple öncelikli hedef koruyucu sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesidir. Mevcut sağlık sistemimizde koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumunda, ülke genelinde yaygınlaştırılmasında en önemli birimler sağlık ocakları ve sağlık evleridir.

2005 yılı içinde 161 sağlık ocağı hizmete açılarak, toplam 6.203 sayısına ulaşılmıştır. Her hekime bir çalışma odası prensibinden hareketle; 2002'de 6.700 olan hekim çalışma oda sayısı, 2004'te 11.945, 2005'te ise 12.643'e çıkarılmıştır.

Aile Hekimliği sisteminin yürürlüğe girebilmesi için gerekli alt yapıyı oluşturma çalışmaları sürdürülmüş, Düzce ilinde pilot uygulama başlatılmıştır. İlk veriler yüz güldürücü sonuçlar vermiştir.

2002'de 481 olan acil yardım istasyon sayısı, 2004'te 890'a, 2005 sonunda ise 977'ye çıkarılmıştır. 2002 yıl sonunda 618 olan Ambulans sayısı, 2004'te 1.033 olmuş ve bu yıl 1.165'e yükseltilmiştir.

Kızamık Eliminasyon Programı çerçevesinde 18 milyondan fazla çocuğumuz aşılanmıştır. Gerçekleştirilen bu program, hedeflenenin %96'sına ulaşmış ve Avrupa bölgesinin en büyük aşı kampanyası olarak tarihe geçmiştir. Aşılama takviminde yıllardır ertelenmiş bir ihtiyaç yerine getirilerek yapılan değişikliklerle kızamıkçık, kabakulak ve menenjit aşıları da aşılama programına alınmıştır. 2006 yılından itibaren çocuklarımıza bu aşılar ücretsiz yapılacaktır.

Milli Eğitim Bakanlığı ile işbirliği içinde okulların temizlik ve hijyen konusunda teşvik edilmesi ve okul sağlığının iyileştirilmesi amacıyla "Beyaz Bayrak" projesi başlatılmıştır.

Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) gözetiminde müzakere edilen halk sağlığı alanındaki ilk küresel anlaşmadır. Bu anlaşmayı Bakanlığımız da imzalamıştır. Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi gereğince yapılacak çalışmaların planlanması ve ülkemizde tütün salgınının kontrol altına alınabilmesi amacı ile 2005-2010 yıllarını kapsayacak şekilde Ulusal Tütün Kontrol Programı çalışmaları başlatılmıştır.

Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu Çocuk ve yetiştirme yurtlarında koruma altında tutulan 0-18 yaşlar arasındaki yaklaşık 20.000 çocuk ve gencin genel sağlık sorunları ve psikolojik durumları ile ilgili tarama tamamlanmıştır. İntihar girişiminde bulunan kişilere ve ailelerine uygun zamanda gerekli psikososyal desteğin verilmesi amacıyla İntihar Girişimlerine Acil Serviste Psikososyal Destek Ve Krize Müdahale Programı başlatılmıştır.

Ülkemizde 1990'da yüz binde 44 olan verem hastalığı görülme oranı yüz binde 24 seviyelerine indirilmiştir. Kanser Tarama ve Eğitim Merkezlerinde ödeme gücü olmayan vatandaşlarımıza tarama hizmetlerinin ücretsiz yapılması sağlanmıştır. Yürütülen etkili ve ciddi çalışmalar sonucunda, 2002'de 10 bin, 2004 yılında 5.302 olan sıtma vaka sayısı, 2005 yılı sonu itibarıyla %61 oranında azalarak, 2.084 sayısına inmiştir. Bu sayı son 34 yılın en düşük rakamıdır.

Ana ve çocuk sağlığı alanında Demir Gibi Türkiye Programına devam edilmiş, programın başladığı tarihten, 2005 yılı sonuna kadar yaklaşık 1 milyon 500 bin bebeğe demir desteği sağlanmıştır. 2005 yılında doğum yapılan hastanelerin tamamında anne sütü eğitimleri tamamlanmış, 102 hastane ve 22 il daha "Bebek Dostu" unvanını almıştır.



Böylece yıllık doğum sayısı 1.000'in üzerinde olan hastanelerden "bebek dostu hastane" olmayan kalmamıştır. Bebeklerin doğdukları ilk anlarda, ailelere bebeklerin sağlıklı gelişimine yönelik temel bakım ve sağlık bilgileri verilmekte ve annelere "Bilinçli Anne Sağlıklı Bebek Rehberi" dağıtılmaktadır. 2005 yılında 601.415 anneye ulaşılmıştır.

Bebeklerde Raşitizmin Önlenmesi ve Kontrolü Programının başladığı Mayıs 2005'ten bugüne kadar 517.569 bebeğe ücretsiz D vitamini verilmiştir. Kan Hastalıkları Kontrol Programı çerçevesinde, evlenecek çiftlere tarama testleri yapılarak ortaya çıkabilecek kalıtsal hastalıklar hakkında danışmanlık yapılmaktadır. Programın başlatıldığı 20 ilde geçen yıl 200 bin kişi evlenmiş, bunların 198 bini taramadan geçirilmiştir.

0-6 yaş arasındaki okul öncesi çocuklara, temel sağlık hizmetlerinden faydalanmaları kaydıyla nakit yardımı yapılması, benzer şekilde anne adaylarının doğum öncesi bakım almaları, sağlık kuruluşunda

doğum yapmaları ve doğum sonrası dönemde de sağlık hizmetlerinden yararlanmaları karşılığında Şartlı Nakit Transferi uygulaması yürütülmektedir. Bu uygulama sayesinde 2005 yılında, bugüne kadar 712.185 kişi sağlık yardımından faydalanmıştır.

Aralık 2004 tarihi itibarıyla 94.515 olan hastane yatak sayısı, SSK hastanelerinin Bakanlığımıza devri ile 129.554'e çıkmıştır. Halihazırda Bakanlığımıza bağlı 798 hastanede 129.554 yatak kapasiteyle hizmet sunulmaktadır.

2005 yılı sonu itibarıyla 422 hastanede hasta hakları uygulamaları devam etmektedir. Hekim Seçme Uygulaması Eylül 2004'te 9 hastane ile başlamış olup bugün itibarıyla 47 hastaneye ulaşmıştır. 2005 yılında 7 yeni Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi açılmış, Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri ve Diş Hastanelerimizdeki toplam diş ünitesi sayısı 585'den 778'e çıkarılmıştır.

Hemşirelik ve ebelik mesleğinin yeniden yapılandırılması, hemşirelik ve ebelik hizmetlerinin güvenilirliğinin ve kalitesinin artırılması, hemşirelerin ve ebelerin görev yapıları alanlara uygun görev unvanları ile görev, yetki ve sorumluluklarının belirlenmesi amacıyla "Hemşirelerin ve Ebelerin Görev Tanımları" çalışmaları başlatılmıştır.

2005 yılının sonuna kadar 20 özel hastane açılmasına izin verilmiştir. Böylelikle özel hastane sayısı 291'e, yatak kapasitesi ise 14.920'ye ulaşmıştır. 2005 yılında ayrıca 32 özel hastane için yatırım ön izni verilmiştir.

Sağlık istatistikleri ve ekonomik analizlerde standardizasyon sağlamak amacıyla tüm hastanelerimizde uluslararası hastalık kodları (ICD10) kullanımına geçilmiştir.

Özel gruplara yönelik olarak sunulmakta olan sağlık hizmetlerinin kolaylaştırılmasını sağlamak amacıyla 23.9.2005 tarih ve 18.333 sayılı genelge yayınlanmıştır.

Halkın sağlık eğitimi kapsamında "Halkın Sağlık Bilincinin Geliştirilmesi Projesi" ve "Evlilik Öncesi, Evlilik ve Aile Danışmanlığı Farkındalık Eğitimi (EVA-FE)" projeleri başlatılmıştır.

Atama ve Nakil Yönetmeliği ile, sağlık personelinin atama ve yer değiştirme esasları yeniden belirlenerek, atamalarda bölgelerarası dengesizliklerin giderilmesi, liyakat, şeffaflık ve adaletin sağlanması yönünde önemli bir adım atılmıştır.

Halk sağlığı laboratuvarları, ülke ihtiyaçları ve günümüz şartları ışığında yeniden yapılandırılmıştır. İhtiyacımız olan aşuların, ülke içinde üretilmesi suretiyle temin edilebilmesi için, çalışmalar yürütülmektedir.

İnsan Kaynakları Yönetim Sistemi (İKYS) kapsamında, SSK ve diğer kurumlarda çalışmakta olup

artık Bakanlığımız elemanı olan personelin bilgileri İKYS'ye aktarılmıştır. Temel Sağlık İstatistikleri Modülü, Ulusal Doktor Veri Tabanı / Doktor Bilgi Bankası, Aile Hekimliği Bilgi Sistemi, Yeşil Kart Bilgi Sistemi ve Hastane Bilgi Sistemi çalışmaları devam etmektedir.

Dış İlişkiler alanında, Yunanistan, Afganistan, Fas ve Oman sultanlığı ile Sağlık Alanında İşbirliğine dair anlaşma imzalanmıştır. Deprem, sel, tsunami gibi doğal afetlerin görüldüğü Endonezya, Sudan, Gürcistan, Kırgızistan, Afganistan, KKTC, Bulgaristan ve Pakistan'a ilaç ve tıbbi malzeme yardımı yapılmıştır. Sağlık eğitimi alanında yapılan işbirliği ile 4 ülkeden toplam 42 sağlık personeline ülkemizde eğitim verilmiştir.

Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM), çalışmaları artarak devam etmektedir. Bu merkeze 7 gün 24 saat ulaşabilmektedir. 2005 yılı içinde merkeze 900 bin başvuru gerçekleşmiştir.

2005 yılı içerisinde ihtiyaç duyulan kanun ve diğer mevzuatın geliştirilmesi kapsamında 6 adet kanun, 5 adet kanun hükmünde kararname, 37 adet yönetmelik, 19 adet tebliğ, 188 adet genelge ve 3 adet yönerge yayımlanmıştır.

Emekli Sandığı kapsamındaki vatandaşlarımızın istifadesine açtık. Sosyal Sigortalar Kurumu kapsamındaki vatandaşlarımız için özel hastanelerle sözleşmeler imzalanmaya başlandı. Askeri hastanelerimiz de, döner sermaye kurarak sivil vatandaşlarımız için belirli kontenjanda hizmet sunmaya başladı.

Avrupa Birliği'ne uyum sürecini de dikkate alarak, sağlık çalışanlarımızın görev, yetki ve sorumluluklarını tanımlamak, Sağlıkta Dönüşüm Programımızın hedefleri arasındadır. Mevzuatta yapılan düzenlemelerle optisyenlik mesleğinin standartlarını belirledik, acil tıp teknikeri ve acil tıp teknisyenlerini sağlık personeli olarak tanımladık. Hemşirelik mesleğinin üniversite eğitimine dayanarak uluslararası standartlara uyumlaştırılması ve hasta bakımına yönelik bilimsel bir disiplin halinde gelişmesi için çalışmalarımız devam etmektedir.

Sağlık politikaları geliştirmek ve hükümetlere danışmanlık yapmak üzere, araştırma ve analizler yapacak, izleme ve değerlendirme faaliyetlerini gerçekleştirecek Milli Sağlık Enstitüsünü kurmak Sağlıkta Dönüşüm Programımızın hedefleri arasındadır. Bu enstitü ile sektörün ihtiyaç duyduğu insan gücünün mezuniyet sonrası eğitimlerinin de en iyi şekilde yapılacağına inanıyoruz. Cumhuriyetimizin ilk yıllarında bu hizmeti başarı ile sürdüren Hıfzısıhha Mektebimizi yeniden faaliyete geçirdik. Bu kurumumuzun yeniden milletlerarası standartlarda faaliyet gösterebilmesi için daha çok kaynak, emek ve fedakârlık gerektiğini biliyoruz.

Sağlık kuruluşlarının ruhsatlandırılması, sertifikasyon ve akreditasyonu için yeni bir yapılanmanın gerekli olduğunu Sağlıkta Dönüşüm Programımızda açıklamıştık. Bu yapının, sağlık sonuçlarını ölçmek için yöntemler geliştirmek, bu ölçümleri sağlık hizmet sunucuları için performans göstergeleri haline getirmek ve nihayet sağlık hizmetleri sunumunda etik değerlerin korunması için yaptırımlarda bulunmak gibi görevleri olacaktır.

Sağlık hizmetlerinin sunulmasında önemli unsurlar olan ilaç, tıbbi cihaz ve malzemelerin standardizasyonu, ruhsatlandırılması ve akılcı bir şekilde yönetilmesi konularında uluslararası normlarda görev yapacak kurumsal oluşumlara ihtiyaç vardır. Bu kurumların bilimsel gerçeklerle hareket eden oluşumlar olarak örgütlenmesi ve konularında uzman olması gereklidir. Bakanlık olarak Ulusal İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu kurulması için dünyadaki örneklerin incelenmesini tamamladık. Yasa taslağı hazırladık ve kurum içi görüşleri aldık. Sektörün ve ilgili Bakanlıklarımızın görüşlerini de alarak olgunlaştıracığımız yasa tasarımızı Yüce Meclisimize sunacağız. Sağlıkta Dönüşüm Programının bütün bileşenleri ile uyum içinde başarıya ulaşması için entegre Sağlık Bilgi Sistemi kurulmasını çok önemli buluyoruz. Bu konuda bir eylem planı hazırladık; gerekli olan kodlama ve standart belirleme çalışmalarında önemli bir aşama kaydettik. Uluslararası uzman kuruluşların danışmanlığında Sağlık Bilgi Sistemimizin şartnamesini hazırladık, yakında ihalesini gerçekleştireceğiz. Bireylerin tıbbi kayıtlarının korunması, sevk basamakları arasında bilgi transferi ve temel sağlık hizmetleri ile ilgili verilerin toplanması, sağlık envanterinin çıkarılması önem atfettiğimiz konular arasındadır.

Bakanlığımız için 2005 yılı, 2003 yılında teorik planda başlattığımız çalışmaların pratiğe dönüştüğü, proje ve programların hayata geçirildiği, sonuçlarının alındığı, bir kısmının ise ilk meyvelerinin alındığı bir yıl olmuştur.

Bütün sağlık çalışanları ve mesai arkadaşlarımla üstün gayret ve fedakârlıkları, geçtiğimiz üç yıla izler bırakmış, geleceğe dair ümitlerimizi de yeşertmiştir. Bütün emeği geçenlere sevgi ve şükranlarımı sunarım.

Sağlık Bakanlığına Ödül



Sağlık Bakanlığı, kaynakları etkin kullanan ve maliyetleri düşüren 5 kamu kuruluşundan biri seçildi.

"Kaynakları Etkin Kullanma ve Maliyetleri Düşürme Projesi" dahilinde yapılan değerlendirme ile 5 kamu kuruluşu ödüle layık görüldü.

Başbakan Recep Tayyip Erdoğan'ın katılımıyla düzenlenen ödül töreninde, kendi bünyelerinde, konuyla ilgili projeleri başarıyla yürüten ve önemli sonuçlar alan 5 kamu kuruluşunun başında bulunanlara ödülleri verildi. Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ, Sağlık Bakanlığı adına verilen ödülü, Başbakan Recep Tayyip Erdoğan'ın elinden aldı.

Bürokrasiyi azaltarak kamu kaynaklarını etkin kullanma ve azami ölçüde tasarruf sağlamaya yönelik projelerden kamunun tasarrufu toplam 2.2 milyar YTL olmuştur."

Giriş

Devletin asli fonksiyonlarının başında adalet ve güvenliği sağlamak, vatandaşın eğitim ve sağlık hizmetlerinden en üst düzeyde yararlanmasını yollarını açmak gelmektedir.

Sağlık Bakanlığı, görev aldığı ilk günden itibaren bu görevi en iyi şekilde yerine getirme ve milletimizi muflu kılma gayreti içinde çalışmaya başlamıştır.

Bu çerçevede 58. ve 59. Cumhuriyet Hükümetinin Acil Eylem Planında sağlığın önemi oldukça yoğun bir biçimde vurgulanmış, halkın sağlık hizmetini yerinde ve uygun basamakta alabilmesinin önünü açacak uygulamaların ana hatları belirlenmiştir;

- Sağlık Bakanlığı'nın idari ve fonksiyonel açıdan yeniden yapılandırılması,
- Bütün vatandaşların genel sağlık sigortası kapsamına alınması,
- Hastanelerin idari ve mali açıdan özerk bir yapıya kavuşturulması,
- Aile Hekimliği uygulamasına geçilmesi,
- Koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması,
- Özel sektörün sağlık alanında yatırım yapmasının teşvik edilmesi,
- Bütün kamu kuruluşlarında alt kademelere yetki devri,
- Kalkınma önceliği olan bölgelerde yaşanan sağlık personeli eksikliğinin giderilmesi,
- Sağlık alanında e-dönüşüm projesinin hayata geçirilmesi.

Bu Acil Eylem Planının ışığında hazırlanan "Sağlıkta Dönüşüm Programı"yla sağlık hizmetlerinin geçmişten köken alan sorunlarına etkili çözüm önerileri getirilmiş, hızlı bir çalışma temposuna girilmiştir.

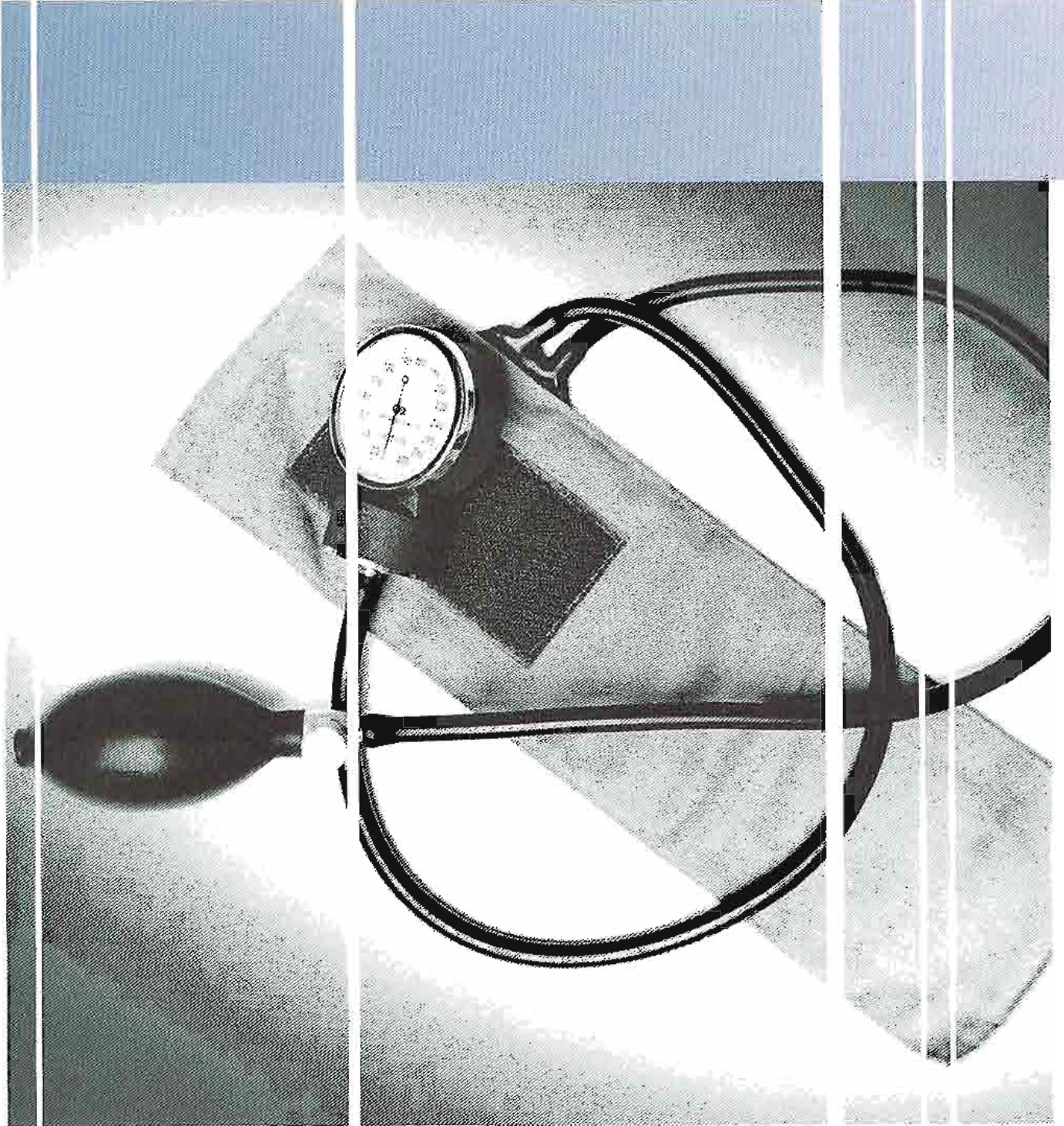
Sağlıkta Dönüşüm Programının ana hatları şöyledir:

- Sağlık Bakanlığı'nın idari ve fonksiyonel açıdan yeniden yapılandırılması: önderlik, planlayıcılık ve denetleyicilik rolünün güçlendirilmesi
- Sağlık hizmet sunumunun yeniden yapılandırılması: güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile doktorluğu, etkili ve kademeli sevk sistemi, idari ve mali yönden özerk sağlık işletmeleri.
- Genel sağlık sigortası: Ülkemizdeki tüm bireyleri kapsamı altına alan, yoksulların priminin devlet tarafından karşılandığı bir sağlık sigorta sistemi.
- Sistemi destekleyecek bilimsel kurumların oluşturulması.
- Kalite ve akreditasyon
- Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan insan gücü: Eğitim ve belgelendirmede standardizasyon ve kurumsallaşma, görev tanımları, yetki ve sorumlulukların tespiti ve çalışanların özendirilmesi.
- Ulusal sağlık bilgi sistemi (e-sağlık): Ülke düzeyinde sağlıkla ilgili verilerin toplanması ve sağlık hizmet sunumunda elde edilen veriler doğrultusunda hizmet planlaması ve denetimler yapılabilmesi için, bilgi ve iletişim teknolojilerinin sağladığı imkanların kullanılması, toplanan verilerin karar sürecinde kullanılması.

Elimizdeki bu rapor 2003 yılında başlattığımız ve günbegün meyvesini gördüğümüz, vatandaşlarımızın sağlık alanında sorunlarının birer birer çözüldüğü ve çalışmaların mesafe kazandığı 2005 yılını özet bir şekilde değerlendirmektedir.

2006 yılı, "insan odaklı" sağlık hizmeti uygulamalarının, tüm yurttaki daha fazla hissedileceği bir yıl olacaktır.

Temel Sağlık Hizmetleri





Sağlık Ocakları

Toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi ve sağlıklı hayatın sürdürülmesi için koruyucu sağlık hizmetlerinin özel bir konumu ve önemi vardır. Bu sebeple öncelikli hedef koruyucu sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesidir.

Mevcut sistemimizde koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumunda, ülke genelinde yaygınlaştırılmasında en önemli birimler sağlık ocakları ve sağlık evleridir.

1.1.2005 tarihi itibarıyla 6.042 olan sağlık ocaklarına yerli hizmet verecek şekilde yenilerinin eklenmesine başlanmıştır.

31.12.2005 tarihi itibarıyla hizmet veren sağlık ocağı sayısı Türkiye genelinde 6.203 olmuştur. Bu çerçevede 1.1.2005 - 31.12.2005 tarihleri arasında Türkiye genelinde il sağlık müdürlüklerinin gerekli gördüğü yerlerde 161 adet sağlık ocağı hizmete açılmıştır.

Sağlık hizmetlerinde gerçekleştirilen yeniden yapılanma çerçevesinde, birinci basamak sağlık hizmetlerinde artan ihtiyacı karşılayabilmek için sağlık ocağı fiziki yapısını genişletebilmek amacıyla farklı fiziki mekanlarda sağlık ocağına bağlı birimler oluşturulması kararı alınmıştır. Bu doğrultuda 1.1.2005 - 31.12.2005 döneminde 148 adet sağlık birimi açılmıştır.

Sağlık ocaklarına bağlı mahalle sağlık evlerinin "sağlık ocağı ebe bölgesi" olarak değerlendirilmesi ve mahalle sağlık evleri ile binası bulunmayan ve fonksiyonel olmayan köy sağlık evlerinin iptal edilmesi sağlanmıştır.

Birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmek ve hizmetin ulaşılabilirliğini artırmak amacıyla "24 saat personel bulunduran sağlık ocakları" uygulaması sürdürülmektedir. 119 adet 24 saat personel bulunduran sağlık

ocağı, 22 adet saat 24:00'e kadar çalışan sağlık ocağı ile bu kapsamda hizmet verilmektedir.

Hizmetin kalitesini artırmak amacıyla, her hekime bir oda prensibi ile poliklinik oda sayılarının artırılması ile ilgili çalışmalar devam etmektedir. 81 il'de 6.203 sağlık ocağında toplam 12.643 poliklinik oda sayısı tespit edilmiştir.

Aile Hekimliği

9 Aralık 2004 tarih ve 25665 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun"a istinaden 3 Ocak 2005 tarihinde Düzce pilot il olarak belirlenmiştir. Bu tarihten itibaren Düzce ilinde Aile Hekimliği pilot uygulamasına ilişkin çalışmalar başlanmıştır.

14-23 Mart, 11-20 Nisan ve 21-30 Nisan 2005 tarihleri arasında Düzce ilinde üç grup halinde toplam 120 hekime "Aile Hekimliği 1. Aşama Kursiyer Eğitimi" verilmiştir. Daha sonra talebin fazla olmasından dolayı 5-14 Aralık 2005 tarihleri arasında toplam 68 hekim daha eğitilmiştir. Bu eğitimler için Üniversitelerin Aile Hekimliği Ana Bilim Dallarındaki akademisyenlerden destek alınmıştır.

11-13 Temmuz, 25-27 Temmuz ve 26-28 Eylül 2005 tarihleri arasında yardımcı sağlık personeline yönelik "Aile Sağlığı Elemanlarının Uyum Eğitimi" yapılmıştır. Bu eğitimlerde toplam 175 yardımcı sağlık personeli eğitilmiştir.

Yapılan mevzuat çalışmaları sonucunda "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik", 6 Temmuz 2005 tarih ve 25867 sayılı Resmi Gazete'de; "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca



Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik" 12 Ağustos 2005 tarih ve 25904 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir.

Düzce ilinde Aile Hekimliği Pilot Uygulamasına Yönelik olarak "Aile Hekimliğinin Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge" 15 Eylül 2005 tarihinde yürürlüğe girmiştir.

15 Eylül 2005 tarihinde Düzce ilinde Aile Hekimliği Pilot Uygulaması başlamıştır. Üç buçuk ayı bulan uygulamada aile hekimleri hasta kabul etmektedir. Bu süre dahilinde Düzce' de vatandaş memnuniyetinde ciddi artış olmuştur.

20-30 Kasım 2005 tarihleri arasında Ankara'da Üniversitelerin Aile Hekimliği Ana Bilim Dalından Akademisyenlerin desteğiyle "Aile Hekimliği Eğitici Eğitimi" yapılmış, 60 hekim bu eğitimi almıştır.

19-21 Aralık 2005 tarihleri arasında Ankara ilinde "Aile hekimliği 1. Aşama Eğitimlerinin Değerlendirilmesi ve Eğitim Müfredatının Revizyonu Toplantısı" yapıldı. Bu

toplantı sonucunda daha önce basılmış olan "Aile Doktorları için Kurs Notları" isimli materyalin revizyonu çalışmalarını başlatmıştır.

2006 yılında Aile hekimliği pilot uygulamasına geçilmesi düşünülen 10 ile yönelik değerlendirme çalışmaları devam etmektedir.

Sağlık Merkezlerinin Yeniden Yapılandırılması

Sağlık merkezlerinin de birinci basamak sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşlar arasına dahil edilmesi, verimli ve maliyet etkili sağlık hizmeti sunulması için; nüfusu az olan yerleşim yerlerindeki sağlık merkezi ve sağlık ocağının birleştirilerek hizmetin entegre olarak sağlık merkezinde sunulması, ihtiyaç duyulan yerleşim yerlerinde sağlık merkezine bölge bağlanarak aynı yerleşim yerindeki sağlık merkezi ile sağlık ocağının da hizmet sunması, sağlık merkezine, 112 acil sağlık hizmetleri istasyonunun entegre edilmesi, sağlık grup başkanlığının

Genişletilmiş Bağışıklama Programı

Yrd. Doç. Dr. Turan BUZGAN
SB Diyalog, Sayı 16

III. Çocukların Hizmetlerimizde Temel Amaçları

Toplumda, özellikle bebek ve çocuklarda aşı ile korunabilir hastalıkların ortaya çıkışını engellemek, dolayısıyla bu hastalıklardan kaynaklanan ölümleri ve sakatlıkları önlemektir. Bu amaca ulaşmada temel strateji, çocukların hastalığa hassas olduğu en erken dönemde aşılamalarına başlanarak en kısa sürede programımızda yer alan 7 hastalığa (Difteri, Boğmaca, Tetanos, Polio, Kızamık, Tüberküloz, Hepatit-B) karşı tam bağışık hale getirilmeleridir. Bu işe çocukların rutin aşı takvimine uygun yaş ve aralıklarla aşı programı kapsamına alınması ile sağlanabilir. Bu doğrultuda belirlenen bağışıklama hizmetleri ile ilgili hedeflerimiz:

- Sıfır yaş grubunda her bir antijende %95 aşılama oranına ulaşmak ve devamlılığını sağlamak,
- Sıfır yaş grubundaki bebeklerin %90'ını 12. aya ulaştıklarında tam aşıli hale getirmek,
- 5 yaş altı aşısız ya da eksik aşıli çocukları tespit edip aşılamak,
- Okul çağı çocuklarının rapel aşılarını tamamlamak,
- Gebelerin en az %80'ini tespit ederek, tamamını tetanosa karşı bağışık hale getirmek,
- Poliomyelitin yeniden ortaya çıkışını engellemek,
- Maternal ve Neonatal Tetanosu elimine etmek,
- Kızamık Eliminasyon Programı çerçevesinde 2010 yılına kadar yerli kızamık virüsünü yok etmek,
- Difteri, Boğmaca, Hepatit-B ve Verem hastalıklarını kontrol altına almaktır.

Bu hedeflere ulaşmada aşılama hizmetleri herkese ulaşabilecek şekilde rutin hizmetler içinde sunulmakta, gerekli durumlarda hızlandırma (sabit ve gezici ekipler oluşturarak), yerel aşı günleri, kampanya gibi ilave aktiviteler ile desteklenmektedir. Genişletilmiş Bağışıklama Programı kapsamındaki aşılar Bakanlığımız tarafından temin edilmekte ve Bakanlığımıza bağlı tüm sağlık kurumlarının yanı sıra ücretsiz olarak uygulamak ve bildirimde bulunmak kaydıyla özel çalışan hekimlere ve özel sağlık kuruluşlarına da verilmektedir. Ayrıca Bakanlığımız tarafından Kuduz aşısı ve serumu ile akrep ve yılan serumu da temin edilmekte ve dağıtımı yapılarak ücretsiz olarak uygulanmaktadır. Halen uygulamada olan çocukluk dönemi aşılama takvimi tablo 1'de görülmektedir. Programı kapsamında olmayan diğer aşılar ise ilgili hekimin uygun gördüğü durumlarda heyet raporu ile 2005 Mali Yılı

statüsünün, sağlık merkezi bünyesinde devam ettirilmesi kararlaştırılmıştır.



Acil Sağlık Hizmetleri

Ülkemizde 2002 yılı sonu itibariyle 618 adet olan ambulans sayısı 2004'te 1.033'e ve 2005 yılı sonunda 1.328 adete, acil yardım istasyonu sayısı ise 481'den, 2004 yılında 890'a, 2005 yılında 977'ye ulaşmıştır. 2005 yılı başında 76.184 vatandaşımıza bir istasyon hizmet vermekte iken yıl sonunda 69.400 vatandaşımıza bir istasyon hizmet verir hale gelmiştir. Hedeflenen ortalama 50 bin kişiye bir 112 acil yardım istasyonu kurulması ve bu hizmetin verilmediği ilçemizin kalmamasıdır.

5.7.2005 Tarihli Resmi Gazete'de yayımlanan kararla acil tıp teknikeri ve acil tıp teknisyenlerine ambulanslarda tıbbi müdahale yetkisi verilmiştir. Konuyla ilgili yönetmelik çalışmaları devam etmektedir.

Uluslararası katılımlı "I. Türk- Alman Acil Ambulans

Kongresi" Sağlık Bakanlığı, Acil Ambulans Hekimleri Derneği ve Alman Johanniter Acil Yardım Akademisi işbirliğinde 1-5 Mayıs 2005 tarihlerinde İstanbul'da gerçekleştirilmiştir.

Bağışıklama

2005 yılında, bağışıklama faaliyetleri artırarak sürdürülmüştür. Yurt genelinde 2003 yılında %68 olan aşıli çocuk oranı, yürütülen etkili çalışmalar ile ortalama %90'a çıkarılmıştır. 2003 yılında aşılamada ortalama %40'ların altına inmiş iller var iken günümüzde bu illerde dahi %80 aşılama oranlarına ulaşılmıştır.

Kızamık hastalığının kökünü kazımak için başlatılan "Kızamık Eliminasyon Programı" ile 18 milyondan fazla çocuğumuz aşılanmış, hedef yaş grubunun %95'ine ulaşılmıştır. Bu oran Cumhuriyet tarihimizin en yüksek rakamını teşkil etmektedir. Gerçekleştirilen kızamık aşısı organizasyonu, Avrupa bölgesinin en büyük aşı kampanyası olarak tarihe geçmiştir.

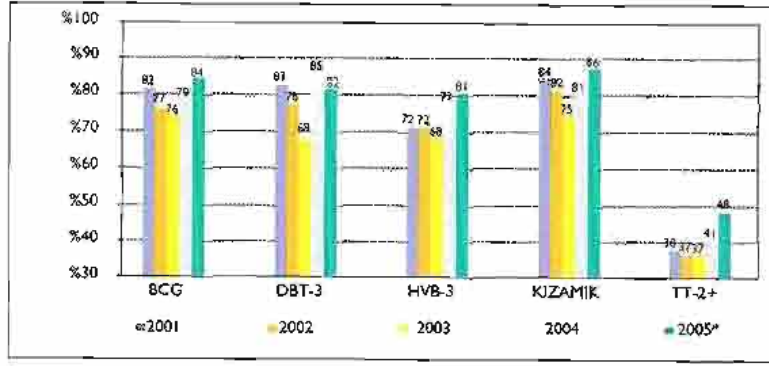
Aşılama takviminde yapılan son yenilikle, kızamıkçık, kabakulak ve menenjit aşıları da aşılama programına dahil edilmiştir. 2006 yılından itibaren çocuklarımıza bu aşıları da ücretsiz uygulamak için bütçeye kaynak konulmuştur. Böylelikle aşı takvimi bir çok gelişmiş ülkenin aşı takvimi ile aynı olmuştur.

22-23-24 Eylül tarihlerinde Ankara'da "1. ULUSAL AŞI SEMPOZYUMU" düzenlenmiştir. Konunun tüm taraflarının katıldığı sempozyum, ülkemizde aşı konusundaki tüm detayların konuşulduğu ve tartışıldığı bir platform olmuştur.

Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanlığı tarafından Soğuk Zincir ve Lojistik Yönetimi adlı kitap bastırılmıştır.

Okul Sağlığı Projeleri

Çocuklara sağlıklı suyun ulaştırılmasının hijyen ve sağlıklı yaşam açısından önemi oldukça büyüktür.



Grafik -1 Sıfır yaş grubu aşılama oranları, 2001-2005-ilk 6 ay, Türkiye

Bütçe Uygulama Talimatı gereğince karşılanmaktadır.

2004 yılı aşılama çalışmaları sonucunda ulusal düzeyde aşılama oranlarımız 0 yaş grubunda DBT-3 ve OPV-3 %85, Kızamık %81, Hep B-3 %77, BCG %79 ve gebe kadınlarda TT-2+ %41 olarak gerçekleşmiştir. 2005 yılının ilk 6 ayında 0 yaş grubunda aşılama oranlarımız DBT-3 ve OPV-3 %82, Kızamık %86, Hep B-3 %81, BCG %84 ve gebe kadınlarda TT-2+ %48 olmuştur. Grafik 1'de son 5 yıllık aşılama oranları görülmektedir. 2005 yıl sonu hedefimiz her bir antijende (kızamık ve TT2+ hariç) ülke genelinde %90 aşılama oranına ulaşmaktır. Kızamıkta ise %95 ve TT2+'da %60 aşılama oranına ulaşmaktır.

Son 4 yıllık dönemde ülke genelindeki aşılama oranları alttaki grafikte gösterilmektedir.

Hastalık Kontrol Programları

Genişletilmiş Bağışıklama Programı kapsamında takip edilen hastalıklara özel hastalık kontrol programları:

- Hepatit B Kontrol Programı
- Maternal ve Neonatal Tetanos Eliminasyon Programı
- Difteri / Boğmaca Kontrol Programı
- Polio Eradikasyon Programı
- Kızamık Eliminasyon Programı'dır.

Tüberküloz kontrol programı Verem Savaş Daire Başkanlığı tarafından yürütülmekte, Genel Müdürlüğümüzce programa lojistik destek sağlanmaktadır.

Hastaların Genel Bilgileri

Hepatit B aşısı rutin aşılama programına 1998 yılı Haziran ayında dâhil edilmiştir. Program dâhilinde aşılanması hedeflenen gruplar 0 yaş grubu yeni doğanlar ve risk gruplarıdır. Programın uygulamaya konulduğu 04.06.1998 tarih ve 6856 sayılı genelge ile belirlenmiş risk grupları:

- Hasta ve hasta çıkartıları ile teması bulunan tüm sağlık personeli (idari personel hariç),
- Sağlık çalışanlarının yetiştirildiği tıp fakülteleri, diş hekimliği fakülteleri, sağlık meslek yüksekokulları vs. öğrencileri,
- Hemodiyaliz hastaları,
- Sık kan ve kan ürünü kullanmak zorunda kalanlar,

Fertlerin, toplum ve çevre sağlığının korunmasında alınacak tedbirlerin başında, tüketime verilen içme ve kullanma sularının sağlıklı olması gelir. Sağlıkla ilgili konularda su denildiği zaman içme suyu ile birlikte kullanma suları da düşünülmelidir. Suyun temiz olarak tüketiminin sağlanması amacıyla, dezenfekte edilmesi şarttır.

Bakanlığımızca başlatılan "Okul Sağlığı Projesi" kapsamında suyla bulaşan hasıalıklarla mücadele hedeflenmektedir. Proje kapsamında, pilot il olarak seçilen İstanbul, Ankara, İzmir, Erzurum, Edirne, Rize, Burdur, Van



ve Diyarbakır illerimizde bulunan ilköğretim okullarının su depolarının temizlenmesi ve dezenfeksiyon işlemi yapılacaktır. Yaklaşık olarak 1.889 okulun su deposu klorlanacak, uygulama ilk olarak Ankara'da bulunan 3 okulda başlatılacaktır.

Millî Eğitim Bakanlığı ile işbirliği halinde, okulların temizlik ve hijyen konusunda teşvik edilmesi ve okul sağlığının iyileştirilmesi amacıyla "Beyaz Bayrak" projesi başlatılmıştır. Bu proje kapsamında okullar denetlenerek,

denetim sonucunda 100 puan üzerinden, 90 ve üzeri puan alan okullara, okul sağlığını ve temizliğini simgeleyen "BEYAZ BAYRAK" ve sertifika verilecek ve bu belge iki yıl için geçerli olacaktır.

MEB ile işbirliği içinde "İlköğretim Okullarında Gıda Hijyeni" eğitim programına Sincan ilçesinde bulunan Hacı Bektaş Veli İlköğretim okulunda "Vitamin Amca Mikroplara Karşı" tiyatro oyununun galasına Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ ve Millî Eğitim Bakanı Hüseyin Çelik katılmıştır.

MEB ile işbirliği içinde "İlköğretim Okullarında Sağlıklı Beslenme" eğitim programına Ankara'da devam edilmiş olup, toplam 2.172 öğrenciye beslenme eğitimi verilmiştir.

Sporcu Çocukların Beslenme ve Sağlık Durumlarının Geliştirilmesi

Bakanlığımız ve Gençlik ve Spor Genel Müdürlüğü işbirliği ve katılımı ile 27 ilde bulunan sporcu eğitim merkezlerinde öğrenim gören sporcu öğrencilerin beslenme ve sağlık durumlarının geliştirilmesi amacıyla 1-3 Şubat 2005 tarihinde Ankara'da bir hizmet içi eğitim düzenlenmiştir. Sporcu eğitim merkezlerinin bulunduğu illerdeki eğitim şube müdürleri ve diyetisyenler olmak üzere toplam 54 sağlık personeli sporcu beslenmesi konusunda üniversitelerin ilgili bölümlerindeki öğretim üeleri desteğinde sporcu beslenmesinde yeni yaklaşımlar, sporcularda enerji gereksinimlerinin hesaplanması gibi çeşitli konularda eğitim almışlardır.

Programın ikinci aşamasında, eğitim merkezlerinin ziyareti ve burada görev yapan antrenörlerin egzersiz ve spor performansı için beslenme, doping, sporcu performansının değerlendirilmesi gibi konularda bilgilendirilmeleri ve ilde yürütülecek beslenme ve sağlık aktivitelerinin tartışılması amacıyla yapılacak bölgesel eğitim çalışmalarını hazırlık toplantıları 7.2.2005 ve 18.2.2005 tarihlerinde Gençlik ve Spor Genel Müdürlüğünde yapılmıştır.

	Doğumda	2. ayın sonu	3. ayın sonu	4. ayın sonu	9. ayın sonu	16-24. ay	ilköğretim 1. sınıf	ilköğretim 8. sınıf
BCG		I					R	
DBT		I	II	III		R		
OPV		I	II	III		R	R	
Kızamık					I		R	
Hepatit B	I	II			III			
Td							√	√

Tablo-1 Çocukluk dönemi aşı takvimi

- Damar yoluyla uyuşturucu kullananlar,
- Aile içi temaslı fertlerden aşısız olanlar,
- Çok sayıda cinsel eşi olanlar ve para karşılığı cinsel ilişkide bulunanlar,
- Homoseksüeller,
- Hepatit B dışında kronik karaciğer hastalığı olanlar,
- Cezaevleri ve işlahahanelerinde olanlar,
- Endemik bölgelere seyahat edenler,
- Berberler-kuaförler, manikür-pedikürçüleri,
- Zihinsel özürlü bakımevlerinde bulunanlar,
- Yetiştirme yurtlarında bulunan kişiler,
- İtfaiye personeli,
- Askerler (yüksek risk altındakiler),
- Polis memurları (yüksek risk altındakiler),
- Kazalarda ilk yardım uygulayan kişiler,
- Bu risk gruplarının dışında, hekimin yüksek risk nedeniyle aşı yapılmasını uygun bulduğu kişilere sağlık kuruluşlarında ücretsiz aşı uygulaması yapılmaktadır. 13.08.2004 tarihli Bağışıklama Danışma Kurulu kararına göre 2005-2006 eğitim öğretim yılında, lojistik imkânlar sağlanabildiği takdirde, ilköğretim 8. sınıflardan başlamak üzere adölesanlara hepatit B aşısı uygulanmasına başlanacaktır. 2004 yılında bildirilen toplam vaka sayımız 6951'dir.

Bu programda amaç Türkiye'de anne ve yenidoğan tetanosu ve buna bağlı ölümlerin engellenmesidir.

Tetanosu karşı bağışıklık yalnız aşılama ile mümkün olmaktadır. Geçirilen tetanos hastalığı bağışıklık oluşturmamaktadır. Bu nedenle kişiler tetanos geçirmiş olsalar bile tanı aldıklarında ya da iyileşme dönemlerinde aşılanmalıdırlar. Eğer anne yeterli sayıda TT aşı dozu almamışsa doğumda ve loğusalıkta ne kendisi ne de yenidoğan tetanosu karşı korunamamaktadır.

Gebe tespit edildiğinde ya da doğurganlık yaş grubunda (15-49 yaş) bir kadınla karşılaşıldığında, kadın hiç aşısız ise ya da aşılanma durumu bilinmiyor ise Tablo 2'de görülen tak-

Sağlıklı Yaşam Haftası

Milli Egemenliğin 85. yılı etkinlikleri çerçevesinde, Türkiye Büyük Millet Meclisi, Sağlık Bakanlığı ve Türkiye Devlet Hastaneleri ve Hastalara Yardım Vakfı işbirliğinde "Sağlıklı Yaşam Kampanyası" düzenlenmiştir. Kampanyanın açılış törenine TBMM Başkanı Bülent Arınç, Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ ve TBMM Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu Başkanı Prof. Dr. Cevdet Erdöl katılmıştır. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğümüzün aktif katılımıyla gerçekleşen kampanya çerçevesinde, 6 standda çeşitli sağlık aktiviteleri düzenlenmiştir. Bu standlarda milletvekillerinin serum, kolesterol, trigliserit ve HDL-Kolesterol değerleri ölçülerek, sonuçları kardiyologlar tarafından değerlendirilmiştir. Tansiyon değerleri ölçülen Milletvekillerine, diyetisyenler tarafından lipid profiline ve beden ağırlıklarına göre uygun diyet tedavileri verilmiştir. Kampanya sırasında tüm Milletvekillerine, Sağlık Bakanlığının hazırladığı, "Yaşlılık ve Beslenme", "Sporcuların Beslenmesi", "Sağlıklı Beslenelim Kalbimizi Koruyalım" ve "Türkiye'ye özgü Beslenme Rehberi" kitapları takdim edilmiştir.

Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi

(Framework Convention on Tobacco Control - FCTC)

Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) gözetiminde müzakere edilen halk sağlığı alanındaki ilk küresel anlaşmadır.

Ülkeler pasif sigara içimine, tütün reklamlarına, sigara fiyatlarına ve kaçakçılığına, halkın eğitimine ve tütün ürünlerinin mevzuatına yönelik tedbirler aldığı zaman, sigara içenleri bırakmaya teşvik eden ve gençleri sigaraya başlamaktan caydırıcı ortamlar oluşturacaklardır.

Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi, bireysel bazda hükümetler tarafından imzalanması ve onaylanması gereken hükümetlerarası bir anlaşmadır. Tütün kontrolü konusunda ilk uluslararası anlaşma olan "Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi" 21 Mayıs 2003 tarihinde, 56. Dünya Sağlık Asamblesinde tüm hükümetler tarafından kabul edilmiştir. 16-22 Haziran 2003 tarihleri arasında Cenev-

re'de DSÖ'de, 30 Haziran 2003 - 29 Haziran 2004 tarihleri arasında ise BM'nin New York'taki merkezinde sağlık bakanlarının imzasına açılmıştır.

Anlaşma, 40. ülkenin de onaylamasından sonra 27.2.2005 günü yürürlüğe girmiştir. Bu sözleşmeyi 18 kasım 2005 tarihi itibarıyla 168 ülke imzalamış ve 87 ülke onaylamıştır.

Anlaşma 28 Nisan 2004 tarihinde Sağlık Bakanımız Prof. Dr. Recep Akdağ tarafından 41. Ülke olarak New York'ta imzalanmıştır. Bu imza, ülkemizde 1996 yılında yürürlüğe giren 4207 sayılı "Tütün ve Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesi Hakkındaki Kanun"dan sonra ülkemizde sigara ile mücadele anlamında en önemli adımdır.

Ulusal Tütün Kontrol Programı

Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi gereğince yapılacak çalışmaların planlanması ve ülkemizde tütün salgınının kontrol altına alınabilmesi amacı ile 2005-2010 yıllarını kapsayacak şekilde Ulusal Tütün Kontrol Programı hazırlama çalışmaları başlatılmıştır.

İlgili Bakanlıklar, kamu kurumları, üniversiteler ile sivil toplum örgütlerinin katılımı ile yapılan çalışmalar tamamlanarak yayınlanacak aşamaya gelmiştir.

Küresel Gençlik Tütün Anketi

Gençlerde sigara içme oranlarını saptamaya yönelik Dünya Sağlık Örgütü, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), UNICEF ve Milli Eğitim Bakanlığı ile işbirliği içerisinde Küresel Gençlik Tütün Anketi - KGTA (Global Youth Tobacco Survey-GYTS) Türkiye araştırması Ekim 2003 tarihinde 61 ilimizdeki 202 okulda öğrenim gören 18.750 öğrenciyi kapsayacak şekilde yapılmıştır. KGTA ilk olarak 1999 yılında 12 ülke ile başlamış olup, şu anda DSÖ üyesi 192 ülkeden 150'sinde aktif olarak uygulanmaktadır. KGTA bugüne kadar oluşturulmuş en geniş küresel sağlık araştırma sistemidir. Türkiye Küresel Gençlik Tütün Araştırması (KGTA), sigara ve diğer tütün ürünlerinin kullanım sıklığı ile birlikte, tütün kullanımın-

TT1/Td1 Hamileliğin 4. ayında (ya da ilk karşılaşmada)

TT2/Td2 TT1'den en az 4 hafta sonra

TT3/Td3 TT2'den en az 6 ay sonra

Tablo-2 Primer İmmünizasyon

vimine göre en az 3 doz TT aşısı uygulanmaktadır. Bağışıklama Danışma Kurulu'nun aldığı karar gereğince erişkinleri tetanos yanında difteriden de korumak amacıyla gebelik dahil tetanos aşısı yapılacak her durumda Td (Tetanos-erişkin difteri aşısı) yapılmaktadır. 2004 yılında toplam 15 neonatal tetanos olmak üzere toplam 37 vaka bildirimi olmuştur.

Bu kadınların doğurganlık çağları boyunca tetanostan korunmaları için ise Tablo 3'e göre 5 doz TT almaları sağlanmalıdır.

Difteri halen dünyanın hemen her yerinde görülen bir hastalıktır, ancak difteri toksoidi ile rutin bağışıklamanın başlamasını takiben pek çok bölgede hastalığın görülme sıklığında belirgin azalma olmuştur. Avrupa'da 1940'larda başlayan yaygın bağışıklama programları ile birçok ülkede hemen hemen eliminasyon noktasına gelinmiştir. 1980'de tüm zamanların en düşük vaka sayısına ulaşılmış ve Avrupa'dan yalnızca toplam 683 vaka rapor edilmiştir. Takip eden süreçte ise; birincisi 1982-85 arasında diğeri ise 1990-95 arasında iki epidemiy yaşanmıştır. Bu epidemiler Rusya ve Ukrayna başta olmak üzere özellikle eski Sovyet Cumhuriyetleri'nde etkisini göstermiştir. Aynı dönemde bir çok Avrupa ülkesinden bildirilen vakaların %95'ini de Rusya ve Ukrayna kökenli olgular oluşturmaktadır.

Doğu Avrupa'da patlak veren bu son epidemiy için başlıca nedenler arasında; bebek ve çocuklarda aşılama oranlarının düşmesi, erişkinlerde immünite azalması, göçmen hareketinde ve risk gruplarında (alkolikler, evsizler...) artış, pediatristler ve diğer hekimlerin hastalığın ciddiyetinden, vakaların uygun tanısı için gerekli bilgiden ve yakın teması takibinden yeterince haberdar olmayışları gösterilmektedir.

Her ne kadar Türkiye'de difteriye karşı aşılanmanın başlangıcı tek doz ile 1937 yılına dayanırsa da sistematik bir aşılama programının uygulamaya konması 1960'ların ortalarına karşılık gelmektedir ve bu tarihten itibaren de difteri insidansında çok hızlı bir düşüş izlenmiştir. Tıpkı Avrupa örneğinde olduğu gibi ülkemizde de 1980 yılında 86 vaka ile en düşük sayıya ulaşılmıştır. Bu tarihten sonra ise Avrupa'da kaydedilmiş olan her iki epideminin (1982-85 ve 1990-95) Türkiye'yi de etkilediği; önceki yıllarla kıyaslandığında, belirgin vaka artışı olduğu gözlenmektedir. Yapılan yaygın aşılama çalışmaları sonucu, 2004 yılında bildirilen vakamız yoktur.

Boğmaca, belirli bir coğrafi lokalizasyona odaklanmaksızın tüm dünyada yaygın olarak gözlenen bir hastalıktır. Mevsimsel bir dağılım göstermemekle birlikte özellikle aşılama

da ve ulusal tütün kontrol politika ve programlarında belirleyici olan 5 faktöre ilişkin verileri de içermektedir.

Bunlar: Ulaşılabilirlik/mevcudiyet ve fiyat, Çevresel tütün dumanı (pasif içicilik), Bırakma desteği, Medya ve reklamlar, Okul müfredatı.

KGTA, ilköğretim 7, 8, Lise 1 ve hazırlık sınıfı öğrencileri üzerinde 2003 yılında uygulanan bir ankettir.

Bu araştırma, Türkiye genelinde, Ankara, İstanbul, İzmir illerinden ve kırsal-kentsel bölgelerden iki aşamalı küme örnekleme yapılarak gerçekleştirilmiştir. İlk aşamada, öğrenci sayılarıyla orantılı olasılık hesabına göre okul seçimi yapılmıştır. İkinci aşamada, rasgele sınıflar seçilerek seçilen sınıflardan katılacak öğrenciler belirlenmiştir. Okul katılım oranı %100, öğrenci katılım oranı ise %92,11'dir. Türkiye KGTA'na 61 ilden 202 okulda eğitim gören toplam 15.957 öğrenci katılmıştır.

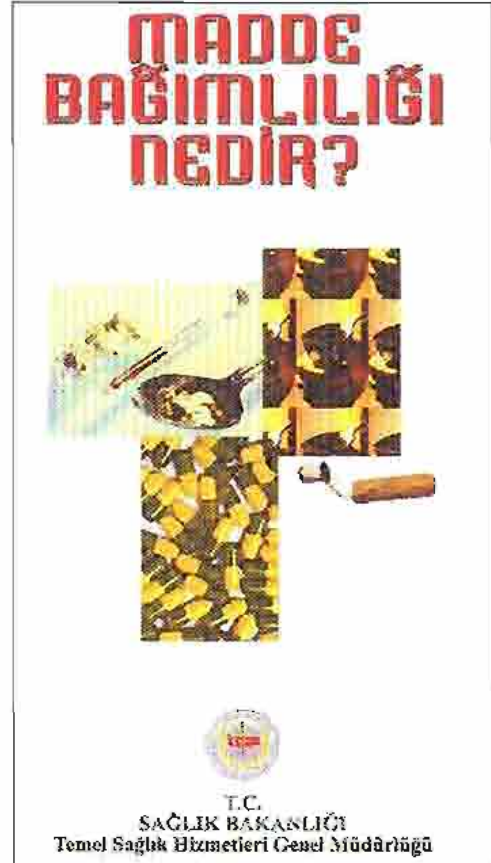
Madde Kullanımı ve Bağımlılığı ile Mücadele Eğitimi Programı

Program kapsamında, madde kullanımının izlenmesi için yöntemler geliştirilmesi, eğitim, sağlıklı yaşam biçimi geliştirilecek olanakların sağlanması, mevzuat, programın birinci basamak sağlık kuruluşlarında uygulanması ve sektörlerarası işbirliği aktiviteleri üzerinde görüşülmüş, öncelikli olarak henüz hiç madde kullanmamış kişilerin kullanmasını engellemek amacıyla birincil korunma çalışmalarına ağırlık verilmesi önerilmiştir. Birincil korunmada eğitim ve bilgilendirme çalışmalarının önemine binaen eğitim, komisyon tarafından öncelikli aktivite alanı olarak kabul edilmiş ve eğitimler yolu ile çocuk ve ergen grubunda madde kullanımının önlenmesi konusunda bilgi, tutum ve davranışın geliştirilmesi amaçlanmıştır.

Çocukluk ve ergenlik dönemi, özellikle sağlık kavramının ve sağlıkla ilgili davranış özelliklerinin geliştiği bir dönem olması ve madde kullanımına başlama yaşını içermesi nedeniyle hedef grup olarak seçilmiştir. Komisyon tarafından okulları kapsayan her sağlık programı çocukların merakını artırarak olumlu yada olumsuz yönde etkilerde bulunabileceğinden son derece titizlikle hazırlan-

ması gerektiği vurgulanmış ve bu konuda Millî Eğitim Bakanlığının büyük rolü olduğu ifade edilmiştir. Bu amaçla, 2004-2005 öğretim yılından başlamak üzere ilköğretim 3. - Lise 2. sınıf arasındaki tüm öğrenciler ile okul devamsızlığı fazla olanlar, okul başarısızlığı, davranış bozukluğu, disiplin cezaları almış, ailesinde madde problemi olan öğrenciler, aileleri ve öğretmenlerinin madde bağımlılığı konusunda eğitilmeleri planlanmaktadır.

Bu eğitimlerin müfredat programları ile birlikte değerlendirilmesi, eğitimlerin sürdürülebilirliği açısından çok önemlidir. Bu eğitimlerde kullanılmak üzere öğretmen, öğrenci ve ailelerine yönelik modüler tarzda eğitim paketlerinin hazırlanması, eğitimcilerin eğitiminin Bakanlığımız tarafından gerçekleştirilmesi planlanmaktadır. Program kapsamında okullarda öğretmenler tarafından tespit



Doz Sayısı	Uygulama Zamanı	Koruma yüzdesi	Koruma Süresi
TT1/Td1	Gebeliğin 4. ayında (ya da ilk karşılaşmada)	-	Yük
TT2/Td2	TT1'den en az 4 hafta sonra	80	1-3 yıl
TT3/Td3	TT2'den en az 6 ay sonra	95	5 yıl
TT4/Td4	TT3'den en az 1 yıl sonra ya da bir sonraki gebelikte	99	10 yıl
TT5/Td5	TT4'den en az 1 yıl sonra ya da bir sonraki gebelikte	99	Doğurganlık çağı boyunca

Tablo-3 Doğurganlık Çağı (15-49 Yaş) Kadınlar İçin Tetanos Aşı Takvimi

oranlarının düşük olduğu bölgelerde sonbahar aylarında pik yapar; üç-dört yılda bir artus göstererek periyodik epidemiler oluşturur.

Aşılama öncesi dönemlerle karşılaştırıldığında; yaygın aşılama programlarının uygulanmaya başlanmasından bu yana tüm dünyada boğmaca epidemiolojisi belirgin bir şekilde değişmiş, vaka sayılarında ve ölüm oranlarında önemli düşüşler izlenmiştir. Bununla birlikte 1980'lerden sonra boğmacanın yeniden bir artus eğilimi gösterdiği gözlenmektedir. Araştırmacılar aşılamanın koruyuculuğunun zaman içerisinde azaldığını, yaygın immünizasyonun toplumda doğal yoldan kazanılmış bağışıklığı engellediğini ve dolayısıyla özellikle aşı oramı yüksek toplumlarda erişkin popülasyondaki duyarlılığın giderek arttığını ileri sürmektedirler.

Ülkemizdeki duruma bakıldığında, 1970'lerde boğmaca morbiditesinin 100.000'de 21 dolayında olduğu, 1985 yılında başlatılan Ulusal Aşı Kampanyası'nı takiben morbidite ve mortalite oranlarında fark edilen oranlarda azalma gözlenmektedir. 2004 yılında bildirilen boğmaca vaka sayımız 389'dur.

1988 yılında Dünya Sağlık Asamblesinde alınan karara uygun olarak, ülkemizde de polio eradikasyonu hedefi benimsenmiş ve bu doğrultuda hazırlanan PEP, DSÖ'nün teknik önerileri doğrultusunda 1989 yılı sonunda başlatılmıştır.

Programın amacı, vahşi polio virüsü ile oluşan tüm poliomyelit vakalarını ortadan kaldırmak ve poliovirüsünü eradike etmektir. Poliomyelit eradikasyonu hedefine ulaşabilmek için belirlenen stratejiler:

- Rutin aşılama hizmetleri kapsamında 0 yaşa uygulanan üç doz OPV ile yüksek aşılama düzeylerine ulaşmak ve bu oranların devamlılığını sağlamak,
- Ortaya çıkan her Akut Flask Paralizi (AFP) vakasını inceleyerek; klinik, laboratuvar ve epidemiolojik araştırmalar ile bunun polio vakası olup olmadığını ortaya çıkarmak; ayrıca vaka saptanmadığı zamanlarda da bunu belgelemek üzere aktif vaka araştırması yapmak,
- Rutin aşılamalara ilaveten destek aşılama aktiviteleri (Ulusal Aşı Günleri, Çocuk Felci Aşı Günleri ve Mop-up) gerçekleştirmektir.

Türkiye'de son polio vakası 1998 yılında saptanmış olup bu vaka aynı zamanda Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi'nin de son vakası olmuştur. 2002 yılında DSÖ Avrupa Bölgesi ile birlikte Türkiye de Poliodan arındırılmış ülke sertifikası almıştır. Ancak Dünyada ha-

edilecek ve bu konuda desteğe ihtiyacı olan öğrencilerin, bu konuda özel eğitim almış hekimlerin görev yaptığı birinci basamak kuruluşlarından ücretsiz danışmanlık hizmeti almaları sağlanacaktır. Bu konuda Milli Eğitim Bakanlığı ile anlaşmaya varılmış ve Sağlık Bakanlığınca oluşturulan komisyon tarafından yazılan "Madde Bağımlılığı Eğitimi Temel Esasları" Milli Eğitim Bakanlığı Talim ve Terbiye Kurulu Başkanlığına sunulmuş ve 2004 -2005 öğretim yılından itibaren ders kitaplarındaki madde bağımlılığı bölümlerinin bu esaslar dahilinde yazılmasına başlanmıştır.

Sürücü Davranışları Geliştirme Eğitimi Yönetmeliği

2918 Sayılı Karayolları Trafik Kanununun 48. maddesinin 4785 sayılı kanunla değişik 5. fıkrasına ve 181 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 43. maddesine dayanılarak Sürücü Davranışları Geliştirme Eğitimi Yönetmeliği 14.9.2004 tarih ve 25583 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

Belirtilen yasal zorunluluk gereği, alkollü araç kullanarak trafik kurallarını ihlal eden ve trafik güvenliğini tehlikeye düşüren, ikinci kez sürücü belgesi geri alınan sürücüler için "Sürücü Davranışları Geliştirme Eğitimi"ne katılmalarını ve bu eğitimi başarıyla tamamlayanların sürücü belgelerini geri alabileceklerini hüküm altına almıştır. Sürücü belgesi geri alınan kişilerin sürücü davranışlarını değerlendirerek bu kişilerin eğitilmesi ve izlenmesi ile bu sürücülerde olumlu yönde davranış değişikliği meydana getirmek ve sürücülerde trafik güvenliği bilincinin geliştirilmesini sağlamak için yönetmelik gereği Bakanlığımızca uygun görülen illerde, İl Sağlık Müdürlüğü Ruh Sağlığı Şube Müdürlüğünde eğitim birimi kurulmuştur. Eğitim programı sonunda sürücülere sürücü sorumluluğuna üstlenebilecek bilgi ve davranışlara haiz olduklarına ve izleme, değerlendirme eğitimini başarıyla tamamladıklarına dair "Sürücü Davranışları Eğitimi Belgesi" verilecektir. Şubat 2005 tarihinden itibaren Türkiye'de 30 ilde sürücü davranışları eğitimi belgesi verilmeye başlanılmıştır. Uygulama daha sonra 81 ilde yaygınlaştırılacaktır.

SHCEK Taraması

Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu, çocuk ve yetiştirme yurtlarında koruma altında tutulan 0-18 yaş arasındaki yaklaşık 20.000 çocuk ve gencin genel sağlık sorunları ve psikolojik durumları ile ilgili tarama tamamlanmıştır. Tarama sonuçları ve anket sonuçları Koruyucu Ruh Sağlığı Şubesinde değerlendirilmektedir.

Çocuğun Psikososyal Gelişimini Destekleme Programı

Bursa ilinde pilot olarak uygulanan 0-6 yaş Çocuğun Psikososyal Gelişimini Destekleme Programının yurt genelinde yaygınlaştırılmasına yönelik olarak 20-26 Haziran / 7-12 Kasım / 21-26 Kasım 2005 tarihlerinde merkez eğitim ekiplerinin eğitimi çalışmalarına devam edilmiştir.

İntihar Girişimlerine Acil Serviste Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Programı

Ülkemizde intiharlara yönelik veriler Türkiye İstatistik Kurumu tarafından derlenmekte, dolayısıyla tamamlanmış intihar verilerine ulaşılmaktadır. Ancak intihar girişimlerine yönelik veri kaydı yapılmamakta dolayısıyla bu alandaki popülasyon izlenememektedir. Acil servisler insanların sadece medikal ve cerrahi değil aynı zamanda psikososyal desteğe en yoğun ihtiyaç duydukları yerlerdir. Başvuranların önemli bir kısmının yaşantusal bir kriz içerisinde bulunduğu görülür. Bu durumdaki kişilerin yaşam amaçlarını yitirmeleri potansiyel bir tehdidin altında olup sıkıntı, huzursuzluk, umutsuzluk, çaresizlik ve yardımsızlık yaşamalarına neden olmaktadır. Bu ruhsal durumdan daha önceden öğrenmiş oldukları başa çıkma mekanizmaları ile kurtulamayabilirler. Bu programın amacı intihar girişiminde bulunan kişilere ve ailelerine uygun zamanda gerekli psikososyal desteğin verilmesidir.

Hedefleri ise, pilot illerin pilot hastaneleri ile merkez ve diğer ilçe devlet hastaneleri acil servis çalışanları, 112 hu-

len vahşi virüse bağlı vakalar devam etmektedir. Dolayısıyla Türkiye'de poliomyelit hastalığı artık görülmemekle birlikte AFP sürveyansının halen devam etmesi gerekmektedir. Türkiye artık importasyon riski altında, daha da önemlisi importasyon sonrası yayılım riski altındadır. Bu nedenle programın aktiviteleri dünyada son vaka görülene kadar devam ettirilecektir.

Kızamık hastalık yükünü küresel düzeyde azaltmak amacı ile 1989 yılında Dünya Sağlık Asamblesi'nde ve 1990 yılında Dünya Çocuk Zirvesi'nde bazı hedefler belirlenmiş ve aşılama öncesi döneme göre kızamık mortalitesinin %95 ve morbiditesinin %90 azaltılması hedeflenmiştir. Daha sonra Dünya Sağlık Örgütü Amerika Bölgesi'nde (AMRO, PAHO) 2000, Avrupa Bölgesi'nde (EURO) 2010 ve Doğu Akdeniz Bölgesi'nde (EMRO) 2010 yılına kadar kızamık eliminasyonu hedeflenmiştir.

Kızamık ülkemizde bildirim zorunlu bir hastalıktır. Vakalar klinik belirtilere dayalı olarak tanı almakta, laboratuvar destekli tanı hemen hemen hiç yapılmamaktadır. Türkiye'de kızamık aşılması öncesi 1969 yılında 66,111 vaka (insidans: 192/100,000) ve 532 kızamığa bağlı ölüm bildirilmiştir. 1985 aşı kampanyası sonrası iki yıl ise bildirilen vaka sayıları 2,267 ve 2,194'e düşmüş (insidans 4/100,000) ve kızamık ölümü bildirilmemiştir. Ancak, daha sonraki yıllarda vaka sayıları ve ölümler aşılama oranlarının düşmesi ile artmıştır. Kızamık her 2-3 yılda bir epidemilere yol açmakta ve epidemiy yıllarında vaka sayıları 30 bine ulaşmaktadır. 2004 yılında beklenen salgın ise 2003 ve 2004 yılında yapılan ek aşılamalarla engellenmiş ve vaka sayısı 8929 olarak bildirilmiştir.

Türkiye'de Kızamık Eliminasyon Programı Ulusal Faaliyet Planı 2002 - 2010 kapsayacak şekilde yürürlüğe konulmuştur.

Planın amacı Türkiye'de Kızamık hastalığını elimine etmek ve bu düzeyi sürdürmektir. Bu amaca ulaşma yolunda belirlenen hedefler:

- 2010 yılına kadar Türkiye'de yerli virüs geçişini durdurmak.
- Ülkemize kızamık importasyonu sonucu gelen virüslerin yerleşmesini engellemek.
- Kızamığa bağlı ölümleri engellemektir.

zır acil ve birinci basamak sağlık personelinin intihar olgusu ve önlenmesi hakkında bilgi sahibi kılmak, kriz halinde bulunan hastalara uygun yaklaşım yollarının bilinmesini sağlamaktır.

İntihar girişiminde bulunan kişilere ve ailelerine bu alanda eğitim almış profesyonellerce, acil medikal tedaviden sonra uygun zamanda, kriz odası uygulamaları çerçevesinde gerekli psikososyal desteği sağlamak, intihar girişimlerini, kriz odası sorumlusunun denetiminde, bu alanda eğitim almış kişilerce kayıt altına alarak veri bankası oluşturmak, interdisipliner işbirliği içerisinde programda tanımlanan diğer meslek mensuplarını intihar girişimlerinde bilgi sahibi kılmaktır.

Bununla birlikte aniden ortaya çıkan bu durum karşısında hasta yakınlarının bu sorunlara bağlı yaşadıkları kriz durumudur. Genellikle acil servislerde tedavisi başlatılan intihar girişimlerine medikal müdahalenin arkasından gerekli psikososyal müdahale yapılmamakta, psikopatoloji sergileyen vakalar psikiyatrye yönlendirilmekte ancak kriz olguları ile karşılaşan büyük bir gruba ise bu yönlendirme yapılmamaktadır.

Bu nedenle, intihar girişimlerini acil servislerde kayıt altına almak, bu anlamda veri bankası oluşturmak gerekli çalışmalara ışık tutması açısından önemli görülmekte ayrıca acil servislerde psikososyal destek ve krize müdahale birimlerinin oluşturulmasını elzem kılmaktadır.

Bu itibarla, acil servislerde kriz odalarının oluşturulması ve intihar olgusu hakkında çok sektörlü katılımın sağlanacağı eğitimlerin yer aldığı program geliştirilmiş ve 26-29 Eylül 2005 tarihleri arasında Yalova ilinde, pilot olarak belirlenen 42 ilin şube müdürü, psikiyatrist ve kriz odası sorumlularına yönelik bilgilendirme toplantısı düzenlenmiştir.

Program kapsamında fiziki altı yapısı ve personel organizasyonu uygun olan 34 ilin asil kriz odası sorumlularına "intihar girişimleri ve kriz odası uygulamalarına" yönelik olarak 21-24 Kasım 2005 tarihleri arasında Adana ilinde, sorumluların profesyonel anlamda hizmet vermeleri amacıyla interaktif bir eğitim gerçekleştirilmiş ve eğitim sonrasında yapılan sınavla başarılı olan kriz odası sorumlularına sertifika verilmiştir.

Bu program kapsamında öncelikle pilot hastaneler acil servis çalışanları ile 112 hızır acil servisi çalışanlarının eğitimlerinin 31 Ocak 2006 tarihine kadar tamamlanması ve programın Şubat 2006 yılı itibariyle başlatılması planlanmıştır.

Programın kapsam başlığı içerisinde yer alan birinci basamak çalışanlarının eğitimleri 2006 yılı Mart ve Haziran ayları içerisinde, ilgili diğer meslek mensuplarının (rehber öğretmenler, polisler, jandarma görevlileri, hapishane çalışanları, din görevlileri, yerel medya mensupları ve it-faiyeciler) iller bazında birer temsilcilerinin eğitimleri ise Mayıs-Haziran ayları içerisinde gerçekleştirilmesi hedeflenmektedir.

Adli Tabiplik Hizmetleri

1.6.2005 tarihinde yürürlüğe giren 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu ile 5271 sayılı Ceza Muhakemesi Kanunu ve bu Kanuna dayanarak çıkartılan bazı yönetmelikler doğrultusunda, adli tabiplik hizmetlerinin yürütülmesi ile ilgili konuları yeniden düzenlemek amacıyla hazırlanan "Adli Tabiplik Hizmetlerinin Yürütülmesinde Uyulacak Esaslar" konulu genelge hazırlanarak il sağlık müdürlüklerine gönderilmiştir.

Adli tabiplik hizmeti sunan sağlık personelinin bilgilendirilmesi, yeni gelişmeler ve hizmet sunumunda karşılaşılan sorunlar konusunda aktif bir bilgilendirme ve iletişim ortamı oluşturmak üzere hazırlanan "Adli Tabiplik Hizmetleri" web sayfası yayınlanmaya başlamıştır.

Düzenlenen Ruhsatlar

992 sayılı Kanun kapsamında 351 adet biyokimya, 388 adet mikrobiyoloji ve 39 adet patoloji olmak üzere toplam 778 adet laboratuvar ruhsatı düzenlenmiştir.

3153 sayılı Kanun kapsamında 30 adet nükleer tıp, 582 adet radyoloji ve 186 adet fizik tedavi ve 6 adet radyoterapi olmak üzere toplam 804 adet laboratuvar ruhsatı düzenlenmiş, 4 adet hiperbarik oksijen tedavi merkezine ise uygunluk belgesi düzenlenmiştir.

Kızamık Aşı Kampanyası: Kızamık Aşı Günlerinin pilot uygulaması 28 Nisan - 23 Mayıs 2003 tarihleri arasında Bursa ve Gaziantep illerinde uygulanmış ve toplam 934.902 çocuk aşılanarak % 95 aşılama oranlarına ulaşılmıştır.

Diğer illerde uygulama iki aşamada gerçekleştirilmiştir. İlk aşamada Kızamık Okul Aşı Günleri (OAG) 2003 yılı Aralık ayında uygulanmış ve ilköğretime devam eden toplam 9.887.497 çocuğumuzdan 9.569.920 çocuğumuz aşılanmış ve aşılama oranımız %97,2 olarak gerçekleşmiştir.

Okul öncesi çocuklar (9 ay-5 yaş), ilköğretim birinci sınıf öğrencileri ve 6-14 yaş grubundan okul çağında olup da okula devam etmeyen çocuklar (2003 yılı Okul Aşı Günlerinde aşılanamayan çocuklar) Kızamık Aşı Günleri uygulaması ile aşılanmıştır. 2004 yılı 1-15 Ekim tarihlerinde aşılama oranlarının düşük olduğu 10 ilimizde (Ağrı, Batman, Bingöl, Bitlis, Diyarbakır, Hakkâri, Muş, Şırnak, Tunceli, Van) KAG gerçekleştirilmiş ve %84 aşılama oranlarına ulaşılmıştır.

25 Nisan 20 Mayıs 2005 tarihlerinde ise 81 ilde 9 ay-14 yaş grubundaki okul öncesi çocukların, ilköğretim birinci sınıfların ve okul çağında olup da okula devam etmeyen çocukların (2003 OAG' de aşılanamayanlar) aşılanmasını hedefleyen Kızamık Aşı Günleri gerçekleştirilmiştir.

2003 yılından bu yana aşılanan toplam çocuk sayısı 18.216.757 olmuş ve Türkiye'de yaşayan her 4 kişiden biri aşılanmıştır. Bu kampanya hedef nüfusu ile DSÖ Avrupa Bölgesi'nin en büyük kampanyası olmuş ve %95 aşılama oranı ile başarılı bir şekilde sonuçlandırılmıştır.

Bu başarıya Bakanlığımız merkez ve taşra teşkilatı personelinin yoğun gayretleri ile ulaşılmıştır. Ayrıca uluslararası kuruluşlar (UNICEF; DSÖ, CDC) dahil olmak üzere kamu ve özel sektör kurum ve kuruluşları ile gerçekleştirilen sektörler arası işbirliği başarının anahtarı olmuştur.

Gözlükçülük Kursu

Gözlükçülük kursu 3 Ekim 2005 tarihinde beş ayrı üniversitede başlamış olup 6 ay sürecektir. Şu an gözlükçülük kursuna devam eden kursiyer sayısı toplam 1.343'tür.

Eskişehir Osman Gazi Üniversitesi:	425
Muğla Üniversitesi :	318
İzmir Ege Üniversitesi:	275
Samsun 19 Mayıs Üniversitesi:	183
Sivas Cumhuriyet Üniversitesi:	142



Verem

Verem, tedavi edilebilir bir hastalık olmasına rağmen bütün dünyada önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Dünya Sağlık Örgütüncü, 2015 yılına kadar dünyada verem hastalığının %50 azaltılması hedeflenmiştir. Ülkemizde ise 1990'da yüz binde 44 olan verem hastalığı görülme oranı yüz binde 24 seviyelerine indirilmiştir.

Ülkemizde "Tüberküloz Kontrol Programı"nın başarıya ulaşabilmesi için bu alanda faaliyet gösteren tüm kurum ve kuruluşların (verem savaşı dispanserleri, üniversiteler, hastaneler, diğer bakanlıklara ait sağlık birimleri, verem savaşı dernekleri, laboratuvarlar, özel sektöre ait birimler, vs.) tam bir koordinasyon içinde çalışması gerekmektedir. Bu nedenle tüm illerimizde bir "Tüberküloz Koordinatörlüğü" sistemi oluşturulmuş ve il tüberküloz koordinatörleri ile Aydın ilinde 26-30 Eylül 2005 tarihinde bir toplantı düzenlenmiştir.

İlk ikisi Romanya, üçüncüsü Makedonya'da yapılan Balkan Ülkeleri Tüberküloz Kontrol Toplantılarının dördüncüsü, 2-4 Ekim 2005 tarihlerinde İstanbul'da yapılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'nün koordine ve organize ettiği toplantıya Romanya, Bulgaristan, Yunanistan, Hırvatistan, Arnavutluk, Kosova ve Slovenya'dan Tüberküloz Kontrol Program Yöneticilerinin yanı sıra Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisinden, Balkan Ofisinden ve Bakanlığımızdan temsilciler katılmışlardır.

Verem Savaş Daire Başkanlığı Röntgen Tarama Ekiplerince Ankara-Kızılcahamam Kapalı Cezaevi, Çamlıdere Cezaevi, Elmadag Çocuk Kapalı Ceza İnfaz Kurumu ve Ayaş Kapalı Ceza ve Tutukevi personel ve tutukluların, İstanbul H tipi Kapalı Ceza İnfaz Kurumu ile İstanbul Ceza ve Tutukevi personel ve tutuklularının, Ankara Mamak Muhabere Okulunda, Ankara 1 Nolu F Tipi Cezaevi, Ankara-Haymana, Bala, Kalecik Açık ve Kapalı Cezaevleri ve Jandarma Bölük Komutanlığında verem hastalığıyla mücadele kapsamında tutuklu, hükümlü, personel ve askerlerin akciğer mikrofimleri çekilmiş ve bölge dispanserlerince değerlendirmeleri yapılmıştır.

Kanser

Dünyada ve ülkemizde kanser hastalığının önemi her geçen gün artmaktadır. Son yıllarda ülkemizde yaşlı nüfus oranının artması, tanı yöntemlerinin gelişmesi, çevresel risk faktörleri, yanlış beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite azlığı ve sigara nedeniyle kanser sayısında artış gözlenmektedir.

Kanserle savaşımız sürececek

Prof. Dr. Murat TUNÇER
SB Diyalog, Sayı 14

Kanser milyonlarca yıldır insanları öldüren ve önümüzdeki milyonlarca yılda da öldürmeye devam edeceğe benzeyen yüzyılımızın en ciddi halk sağlığı problemlerinden biridir. Sadece yakaladığı kişiyi değil yakın çevresini de etkileyerek bir sosyal sorun olarak ortaya çıkmaktadır. Halen dünyada 6 milyon insanı etkileyen kanser tüm dünyada ve ülkemizde kalp damar hastahklarından sonra ikinci ölüm nedenidir. Kanseri diğer hastahklardan ayıran en önemli özellik tek bir hastalık adıyla anılsa da yüzlerce hastalığın ortak bir ismi olmasıdır. Bir kemik tümörü ile pankreas kanserinin birçok açıdan büyük farklılıkları vardır ve neredeyse farklı iki hastalık olarak ele alınabilir.

Kanser sadece doktorları değil, içinde yer bilimcilerin de olduğu sayısız meslek grubunu ilgilendirmektedir. Maalesef önümüzdeki 25 yıl içinde %300 civarındaki kanser artışının %75'i, içinde bizim de bulunduğumuz gelişmekte olan ülkelerde gerçekleşecektir. Yine ne acıdır ki kanser artışının %75'inin beklendiği bu ülkeler, dünya kanser araştırma ve ilaçları için ancak %5 gibi komik bir rakama sahiptirler.

Bu sonuca göre, çarpıcı olarak bu ülkelerin (tabii bizim de içinde olduğumuz grup ülkeler) acilen kanseri önleyici çalışmalarını başlatarak, kanserden korunma ve mortaliteyi azaltıcı çaba içine girmeleri gerekmektedir. Her üç kanserden birinin sigara, birinin de beslenme ve çevre koşullarından kaynaklandığını düşünürsek, aslında kansersiz bir yaşamın elde edilebileceğini söylemek hiç de hayalcilik olmaz.

Kanserin gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeleredeki profiline bakacak olursak, ülkemizin birçok kanser türü açısından gelişmiş ülkeler seviyesinde olduğunu, ancak bazı kanserler açısından gelişmemiş ülkelerle aynı karakterleri gösterdiğini görmekteyiz. Ne yazık ki akciğer, bronş, mesane, larinks, baş, boyun kanserleri gibi sigara ile direkt ilişkili kanserlerde ülkemiz az gelişmiş ülkeler seviyesindedir. Avrupa Birliği ülkelerindeki akciğer kanseri ülkemizden yanı ya- rıya azdır. Ülkemizde her yıl ortaya çıkan 120.000 yeni kanserden maalesef en az 100.000'i si- gara ile ilişkilidir. Bir başka deyişle ülkemizde kanserle savaş sigara ile savaş anlamına gel- mektedir.

Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı olarak üzerinde yoğunlaştığımız en önemli konular kanserin önlenmesi ve taramalar ile erken tanı konmasıdır. Bu yolla özellikle mortaliteyi ülkemizde azaltmayı ve kansersiz bir yaşamı vatandaşlarımıza sunmayı hedefliyoruz. Bu aşamada yapıl- ması gereken en önemli adım doğru kanser verilerine sahip olmamızdır. Bu nedenle tüm ülke- den sağlıksız kanser verileri toplama yerine ülkemizin tümünü temsil edebilecek bölgesel tem- sil özelliği olan merkezlerden sağlıklı veriler toplamayı hedefledik. Bu konuda yedi merkezden CanReg programı ile aktif kayıt sistemini oturtmak üzere çalışmalarımızı sürdürüyoruz.

Bu yıl yedi merkezden elde ettiğimiz veriler ülkemizin gerçek verilerine yakın veriler olup çok yakın bir tarihte kendi sağlıklı verilerimizle programları yapmaya başlayabileceğiz. Kanserle sa-

Avrupa Birliği ile beraber yürüttüğümüz "Kansersiz Yaşam Periyot-1" projesi ile 2006 yılında, geçen yıllarda kurulmuş olan 11 merkeze ilave olarak 14 adet "Kanser Tarama ve Eğitim Merkezi" daha kurulması planlanmıştır. Bu merkezlerde tarama hizmetlerinin etkili bir şekilde yürütülebilmesi için ödeme gücü olmayan vatandaşlarımıza tarama hizmetlerinin ücretsiz yapılması 2.9.2005 tarih ve 25924 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanan "Bakanlar Kurulu Kararı" ile sağlanmıştır.

Sağlık Bakanlığı tarafından 4-6 Nisan 2005 tarihleri arasında Ankara'da Uluslar arası katılımı Ulusal Kanser Haftası Etkinliği düzenlenmiştir.

Kanser Eğitimleri

19-21 Nisan 2005 tarihleri arasında kanser erken teşhis ve tarama merkezleri ile kanser tarama ve eğitim merkezleri yönetim ve teknik personeline Yalova'da Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezleri Bilgilendirme Toplantısı düzenlenmiştir.

Kanser Savaş Daire Başkanlığı ve Meva (Türkiye Meme Vakfı) işbirliğinde "Pratisyen Hekimler için Meme Kanseri ve Klinik Meme Muayenesi" eğitimleri Yalova, Kocaeli, Bandırma, Çanakkale ve Balıkesir' de düzenlenmiştir. Bu eğitimlere, kanser tarama ve eğitim merkezlerinden ve birinci basamakta çalışan 250 pratisyen hekim katılmıştır.

6-7 Haziran ve 9-10 Haziran 2005 tarihleri arasında Yalova'da, 51 ilden kanser erken teşhis ve tarama merkezleri ile kanser tarama ve eğitim merkezlerinden gelen hekim, ebe veya hemşireye "Kendi Kendine Meme Muayenesi" eğitimi verilmiş olup, 51 ilde Kendi Kendine Meme Muayenesi Programı başlatılmıştır.

19-22 Eylül 2005 tarihleri arasında Yalova'da Kanser Tarama ve Eğitim Merkezi veya Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezlerinde görevli birer ebe veya hemşirelere yönelik "Tarama Hizmetleri Eğitimi" yapılmıştır.

23-24 Eylül 2005 tarihleri arasında Ankara'da 25 ilden gelen cildiye uzmanlarının katılımıyla "Cilt Kanselerinin Erken Teşhisi" konulu toplantı düzenlenmiştir.

22 Haziran-1 Temmuz 2005 tarihleri arasında Şanlıurfa ilinde 11 Kanser Tarama ve Eğitim Merkezinde görevli hekim, ebe, hemşireye Üreme Sağlığı Projesi kapsamında "Üreme Sağlığı Eğitimi ve Kadınlarda Serviks Kanseri Taraması" eğitimi verilmiştir.

Sıtma

Dünya Sağlık Örgütü, bulaşıcı hastalıklar içerisinde sıtma hastalığını önem derecesine göre AIDS ve tüberkülozdan sonra üçüncü sıraya koymaktadır. Sıtma hastalığı ülkemizde de önemli bir halk sağlığı sorunudur.

Bugün ülkemizde tespit edilen sıtma vakalarının %91'i Güneydoğu Anadolu bölgesindedir.

Yürütülen etkili ve ciddi çalışmalar sonucunda 2004 yılında 5.302 olan sıtma vaka sayısı, 2005 yılı sonu itibarıyla %61 oranında azalarak, 2.084 sayısına inmiştir. Bu sayı son 34 yılın en düşük rakamıdır.

2006 yılında hedeflenen dar bir alana sıkıştırılan ve kontrol altına alınan sıtma hastalığını ülkemizde önemli bir halk sağlığı sorunu olmaktan çıkarmaktır.

31 Ocak - 10 Mart 2005 tarihleri arasında Adana Sıtma Enstitüsünde, başta Güneydoğu Anadolu illeri olmak üzere ihtiyaç görülen illerdeki sağlık personeline yönelik Temel Sıtma Laboratuvar Kursu başlatılmıştır. Kursta 60 sağlık personeli eğitilmiştir.

Mayıs 2005 tarihinde başlamak üzere 80 sıtma işçisi Diyarbakır, Şanlıurfa ve Batman illerine diğer illerden geçici olarak görevlendirilmiştir.

Temel Sağlık Hizmetlerine Kalite Belgesi

Temel Sağlık Hizmetlerine TSE ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemi belgesi TSE Başkanı tarafından Bakanlığımızda yapılan bir tören ile Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne verilmiştir.

vaş konusunda en önemli adımlardan biri de çevre ve beslenme konusunda kanseri önleyici adımlar atılmasıdır. Bu konuda son yıllarda sulardaki arsenik, topraktaki erionit ve asbest konusunda ciddi adımlar atılmıştır. Beslenme konusunda yapılan çalışmalar beklenenin aksine ülkemizin obezite konusunda Avrupa ülkelerinin başında olduğunu ortaya koymuştur. Piyasadaki birçok kanserojen beslenme maddelerini ciddi şekilde takip etmekte ve halkımızın bilgi edinerek kanser konusunda bilinç ve farkında- lığının artmasına çalışmaktayız.

İkinci ve en önemli adımlardan biri de taranabilen kanserlerin tarama programlarının başlatılmasıdır. Bu konuda hayata geçirilen Avrupa Birliği Kanser Tarama ve Eğitim Merkezleri (KTEM) projesi geçtiğimiz Şubat ayında 11 merkezin açılması ile tamamlanmış ve merkezler aktif çalışmaya başlamıştır. Bu yıl devreye girecek olan 14 yeni merkez ile toplam KTEM sayısı 25'e çıkarılacaktır.

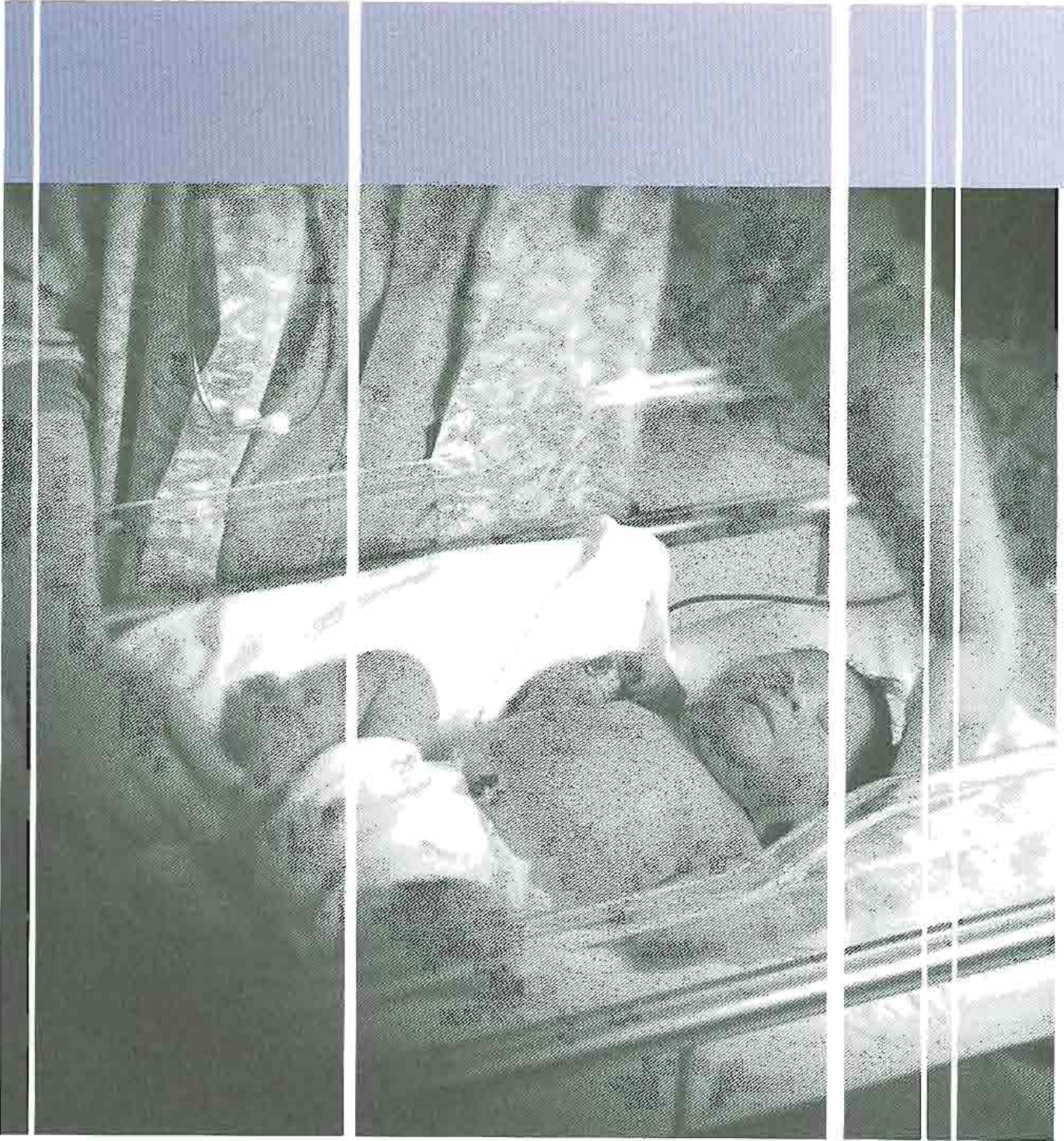
Kanserle Savaş, uluslararası ilişkilerimizin geliştirilmesini gerektirmektedir. Bu açıdan Middle East Cancer Consortium (MECC) ve NCI ile olan yakın çalışma programları ve anlaşmaları ülkemizin bu konuda daha hızlı yol almasına katkıda bulunacaktır. AB çerçevesinde yapılan girişimler hiç de hayal olmayan kansersiz yaşam projesini nihayet hayata geçirmemize imkan tanıyacak seviyeye getirmiş ve I. Aşama Proje kabul edilmiştir. Bu çerçevede yapılacak en önemli çalışma halkımızın kanserden korunma konusunda bilincini artırmak ve taramalara katılmalarını sağlamak olacaktır.

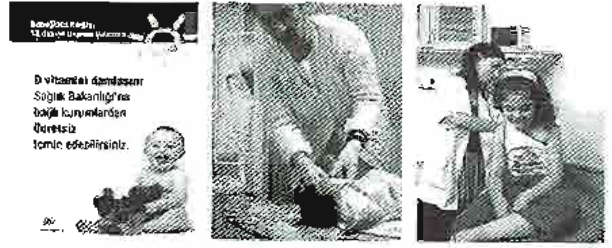
Ülkemizde bazı bölgelerde kanser yayılımının arttığı gözlenmektedir. Bu bölgelerde başlatılan epidemiyolojik incelemeler çevre kanserojenleri yanında genetik bazı kanserin varlığını da gündeme getirmiştir. Ulusal Kanser Danışma Kurulu'nun Genetik Kanserler Alt Kurulu aracılığı ile başlatıldığı çalışma, Türk Kanser Araştırma Kurumu'nun da maddi desteği ile bazı bölgelerde kanser ailelerinin varlığını ortaya çıkarmıştır.

Son yılların en güncel konusu olan medikal jeolojinin kanserle olan yakın ilgisi nedeni ile kurulan medikal jeoloji alt kurulu son derece önemli çalışmalar yapmış ve özellikle 35 yıldır süren ve sonuçsuz kalan orta Anadolu'daki mezotelioma sorunu köylerin yeni yerleşim yerlerine taşınmaya başlaması ile çözüme ulaşmıştır. Kanser tedavisi konusunda özellikle üniversitelerimizin büyük çabaları ile çağdaş tedavi yöntemleri halkımızın hizmetine sunulmaktadır.

Tedavinin standardizasyonu ve kontrolü önemli konulardan biri olmalıdır. Özellikle vicdan sömürüsüne açık, çocukluk çağı lösemilerinin bazı vakıflarca çok da iyi niyetli olduğu söylemeyecek tarzda istismarı ve daha da ilerisi kontrolden uzak tedavi yöntemlerinin kullanılması yaşam sürelerini ciddi olarak etkileyen nedenlerdendir. Kanser doğru ellerde ve gelişmiş merkezlerde tedavi edildiği zaman tedavisi mümkün, önlenebilen bir hastalık olmaktadır. Genetiğimizin kanser oluşumunda şüphesiz büyük etkisi var. Genetiğimizi değiştiremesek de yaşam ve beslenme şartlarımızı değiştirebilir, en önemlisi sigarasız bir ortam sağlayabiliriz.

Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Hizmetleri





Bakanlığımız, geleceğimiz olan çocuklarımız ve onları yetiştiren annelerimizin sağlığının korunması, dolayısıyla sağlıklı bir toplum için, anne ve çocuk sağlığına büyük önem vermektedir.

Ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetleri ülke genelinde, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) Merkezleri ile sağlık ocakları ve sağlık evlerinde ve hastanelerin kadın-doğum ve çocuk bölümlerinde yürütülmektedir.

Sağlık kuruluşlarında verilmekte olan ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinin daha etkili hale getirilmesi, geliştirilmesi, kolay ulaşılabilirliğinin sağlanması, anne ve bebek ölümlerine neden olan hastalıkların önlenmesi ve ölümlerin en aza indirilmesi amacıyla da, Bakanlığımız, ülke genelinde ve hizmet önceliği olan yörelerde anne ve çocuk sağlığının iyileştirilmesine yönelik çeşitli programlar ve projeler uygulamaktadır.

2005 yılında, devam eden hizmetlerin yanı sıra, anne ve çocukların sağlığının iyileştirilmesi, bebek ve çocukların, hastalık ve ölümlerinin azaltılmasına yönelik yeni projeler başlatılarak, hizmetler sürdürülmüştür.

Demir Gibi Türkiye Programı

Demir yetersizliğine bağlı kansızlık, günümüzde en sık görülen halk sağlığı sorunlarından birisidir. Demir eksikliğine bağlı kansızlık özellikle 6-24 aylık çocuklarda, doğurganlık çağında olan kadınlarda, okul çağı çocuklarında ve adolesan çağında sıklıkla görülmekte ve ağır seyretmektedir. Bebeklik ve çocukluk döneminde demir eksikliğine bağlı kansızlığın önlenmesi ve kontrolü gerekmektedir. Doğumda bebek ilk 4-6 aya yetecek kadar demir deposuyla doğmakta ve bu andan sonra beslenmeye

yönelik olarak yavaş yavaş depoları azalmaktadır.

Toplumun demir yetersizliği konusunda bilinçlendirilmesi, öncelikli risk grubu olan bebeklerin, ilk 6 ay anne sütü almasının ve 6. ayın sonunda uygun ve yeterli miktarda ek besine geçilerek anne sütü almasının sürdürülmesi, demir yetersizliği yönünden taranması, 4-12 ay arası anemisi olmayan bebeklere profilaktik amaçlı demir desteği, 4-24 ay arası anemisi olan bebeklere demir tedavisi sağlanması amacıyla "Demir Gibi Türkiye Projesi" 1 Nisan 2004 tarihinden itibaren başlatılmıştır.

Programın başladığı tarihten, 2005 yılı sonuna kadar yaklaşık 1.500.000 bebeğe demir desteği sağlanmıştır. 2005 yılı içinde 1.000.000 adet demir preparatı alınmıştır. İllere broşür, afiş desteği devam etmektedir.

Programın etkinliğinin araştırılması amacıyla, 2005 yılının Aralık ayında başlatılan araştırmanın sonuçlarının değerlendirilmesi, 2006 yılında yapılacak ve program araştırma doğrultusunda, sürdürülecektir.

Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Hastaneler

Bebek beslenmesinde anne sütünün teşvik edilmesi, hatalı anne sütü uygulamalarının önlenmesi, emzirmenin korunması, özendirilmesi ve desteklenmesine yönelik olarak, "Anne Sütünün Teşviki/ Bebek Dostu Hastaneler Programı" çalışmaları sürdürülmektedir.

Program kapsamında, "Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları Programı"na hız verilmesi ve doğum yapılan bütün hastanelere tek tek ulaşılması hedeflenmiştir. Programın başlangıcından itibaren yapılan hizmetlerden daha fazlası son iki yılda gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmalar neticesin-

de düşme eğiliminde olan ilk 6 ay sadece anne sütü ile beslenme oranları tekrar yükselme eğilimine girmiştir. 2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması sonuçlarına göre 6 ay sadece anne sütü ile beslenme oranı %1,3'lerden %20,8'lere yükselmiştir. 2005 yılında doğum yapılan hastanelerin tamamında anne sütü eğitimleri tamamlanmış, 102 hastane ve 22 il "Bebek Dostu" unvanını almıştır.

Böylece yıllık doğum sayısı 1.000'in üzerinde olan hastanelerden bebek dostu hastane olmayan kalmamıştır. Bebek dostu il sayısı da 47'ye ulaşmıştır.

Ülke politikamız olan "doğar doğmaz emzirmeye başlama, ilk 6 ay sadece anne sütünün verilmesi ve 6. aydan sonra uygun ek beslenme ile beraber emzirmenin 2 yaşına kadar sürdürülmesi" mesajımızın farklı kurumlara iletilmesi amacıyla Ankara'da 13 Aralık 2005 tarihinde, Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim ve araştırma hastanelerinin kadın hastalıkları ve doğum ile çocuk sağlığı ve hastalıkları bölümleri klinik şeflerine yönelik bir toplantı yapılmıştır.

2003 yılından bugüne kadar 425 hastanemiz bebek dostu hastane unvanı olarak plakette ödüllendirilmiştir. Bu hastaneler içinde üniversite hastaneleri ve eğitim hastaneleri de bulunmaktadır.

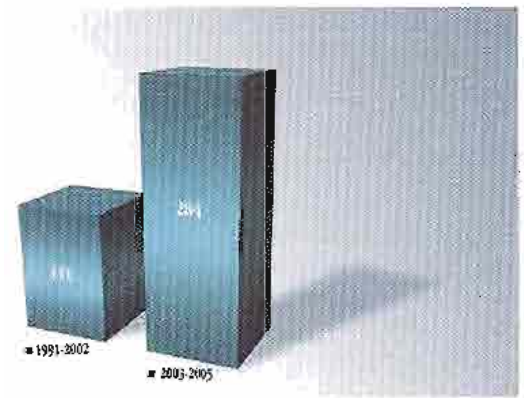
Bilinçli Anne, Sağlıklı Bebek

Ülkemizde her yıl 1,5 milyon bebek dünyaya gelmekte ve bu doğumların %80'i hastanelerde gerçekleşmektedir. Sağlık Bakanlığı, yataklı tedavi kurumlarında doğum yapan tüm annelere ulaşmak amacıyla "Bilinçli Anne, Sağlıklı Bebek Programı"nı Temmuz 2004'te başlatmıştır. 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. 2005 yılında 601.415 anneye ulaşılmıştır. (Şekil 1-2)

Bebeklerde Raşitizmin Önlenmesi ve Kontrolü

Ülkemizde uzun süredir D vitamini yetersizliği ve Raşitizmin bebek ve çocukları etkileyen önemli bir sorun olduğu, hastalığın sıklığının %1,67-19 arasında değiştiği bilinmektedir. Toplumun sağlık düzeyindeki gelişme ve sağlık personelinin D vitamini desteği konusundaki çabalarına rağmen, 0-3 yaş grubundaki çocuklarda hala %6 oranında Raşitizm görülen bölgeler olduğu bilinmektedir. Özellikle 5 yaş altı çocuklarda, üreme çağındaki kadınlarda ve adolesanlarda D vitamini yetersizliğine bağlı problemlerin çözümü için Bakanlığımız, ülke düzeyinde toplumun D vitamini yetersizliği konusunda bilinçlendirilmesi, bir milyon bebeğe günlük 400 ünite D vitamini'nin 1 yıl süre ile verilmesi amacıyla "Bebeklerde D Vitamini Yetersizliğinin Önlenmesi ve Kontrolü" projesini başlatmıştır.

Çocuklara D vitamini desteği sağlanması için Bakanlığımızca 2004 yılı içerisinde 1.014.547 adet D vitamini damlası satın alınmıştır ve illere dağıtımı yapılmıştır. Ayrıca programla ilgili bir rehber kitapçık hazırlanmış ve illere gönderilmiştir. Programın başladığı Mayıs 2005'ten bugüne kadar 517.569 bebeğe D vitamini verilmiştir. 2005 yılında 1.000.000 kutu D vitamini daha alınmıştır.



Şekil 1- Ülkemizdeki Tüm Hastane Doğumlarının % 82'si 425 Bebek Dostu Hastanede Yapılmaktadır.

Sağlıklı Bir Gelecek İçin Çocuk Sağlığı Çalışmaları

Dr. Rifat KÖSE
SB Diyalog, Sayı 18

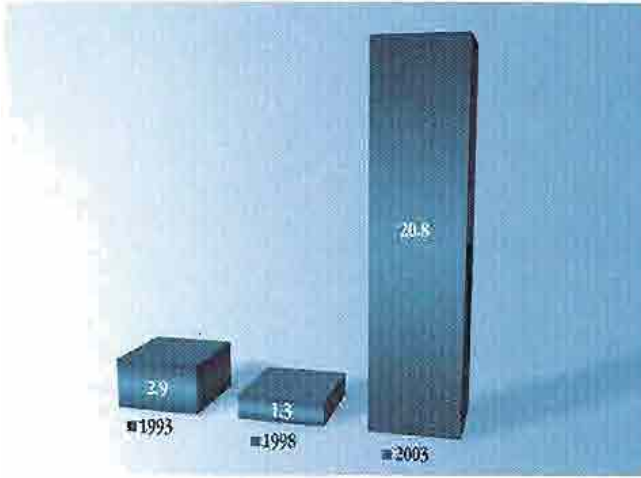
Tüm ülkelerde anne ve bebekler diğer gruplara göre daha fazla risk altındadır. Bu yüzden de her zaman önceliklidir. Bu iki gruba gereken önemi verirsek geleceğimizi de güvence altına almakta önemli bir adım atmış oluruz. Çocuklarımıza doğdukları andan itibaren sağlıklı ve kaliteli bir yaşam sunabilirsek sınırsız enerji ve umutlarıyla geleceğin en önemli teminatı olan çocuklarımızı ve onların annelerini tüm risklerden korumuş oluruz.

Dünya genelinde anne ölümlerinin % 80'i benzer nedenlere bağlı meydana gelmektedir. Bunlar kanama, enfeksiyon, hipertansiyon, zor ve uzamış doğum eylemi ve düşüklerdir. Anne ölümlerinin % 20'sini de anemi veya gebeliğe bağlı olarak şiddetlenen diğer hastalıklar oluşturmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü bu nedenle Güvenli Annelik Paket Programı hazırlamıştır. Anne ve Çocuk Sağlığını bütüncül olarak yaklaşan ve güvenli annelik paketini de içerisine alan Üreme Sağlığı Programının uygulamasına başlanmıştır.

Güvenli annelik yaklaşımı ile kanama, sepsis, preeklampsi/eklampsi, zor doğum, düşüğe bağlı anne ölümleri % 55-80 oranında azalmaktadır. Yeni doğanın asfiksi, ishal, tetanoz, pnömoni, sepsis ve doğuma bağlı travma sonucu ölümleri de % 40-80 oranında azalmaktadır.

İki yıldan kısa aralıklarla yapılan doğumlar ve çok sayıda doğumlar ile erken ve geç yaşlarda yapılan doğumlar hem anne hem de bebeğin sağlığını olumsuz yönde etkilemekte ve ölüm oranları artmaktadır. Annenin doğum sayısının artması ile ölü doğum riskinin 2.36 kat, perinatal ölüm riskinin ise 2.77 kat artışı görülmüştür. Annenin doğumdaki yaşının 35 ve üzerinde olması da perinatal mortaliteyi etkilemekte, risk 3.11 kat artmaktadır.

Özellikle riskli gebeliklerin uygun şekilde takip edilmesi ve acil durumlarda uygun müdahalelerin yapılması ve aynı şekilde yenidoğan döneminden başlanarak bebeklerin yakından takip edilmesi pek çok anne ve bebeğin hayatını kurtarmaktadır. Bakanlığımız gebe ve bebek takiplerine özel önem vermektedir. Yapılan çalışmalar sonucunda gebe ve bebek izlemlerinde yıllar içerisinde önemli gelişmeler sağlanmıştır.



Şekil 2- İlk 6 Ay Sadece Anne Sütü ile Emzirme Oranlarındaki Gelişmeler (%).

Yenidoğan Canlandırma Programı

Yenidoğan ölümlerinin azaltılması, yenidoğana optimal yaklaşım ve etkin resüsitasyonun sağlanması amacıyla "Neonatal Resüsitasyon Programı"(NRP) yürütülmektedir. 2003 yılından itibaren programa ivme kazandırılarak sürdürülmüştür.

Programın başlangıcından 2003 yılına kadar 4.056 sağlık personeli eğitilmişken, 2003 yılında bu sayı 7.792'ye çıkmıştır. 2004 yılında da 174 kursta 3.200 sağlık personeli yenidoğan canlandırması konusunda eğitilmiştir. 2005 yılında 139 kursta 2.705 kişi eğitilerek, toplam sayı 13.099'a ulaşmıştır. Doğum yapılan tüm birimlerimizde NRP eğitimi almış personel bulunmaktadır. Değişen ve yeni atanan personel nedeniyle eğitimler devam etmektedir.

Ulusal Yenidoğan Tarama Programı

Yeni doğan bebeklerin yaşama sağlıklı başlayabilmelerini sağlamak amacıyla ülke düzeyinde yeni doğan tarama programları yürütülmektedir.

Bu program kapsamında, ülkemiz 5 bölgeye ayrılmış ve her bir bölgede bir tarama merkezi kurularak tüm yenidoğanların fenilketonüri ve hipotroidi hastalığına karşı

taranması öngörülmüştür. Bu konudaki çalışmalar devam etmekte olup, Ankara, İstanbul ve İzmir illerindeki Bölge Hıfzıssıhha Merkezlerinde personel eğitimlerine başlanmıştır. Ayrıca kullanılacak laboratuvar kitlerinin satın alınması işlemleri devam etmektedir.

2002 yılında fenilketonüri taraması yapılan yenidoğan oranı %59,2 iken, 2003 yılı sonunda %70,3'e, 2004 yılında ise %81,3'e ulaştırılmıştır.

Erken Çocukluk Gelişimi ve Eğitimi Projesi

TC Hükümeti ve UNICEF işbirliği 2001-2005 Ülke Programı Ana Uygulama Planı kapsamında, bebeklik ve çocukluk döneminde gelişimin izlenmesi ve desteklenmesi amacıyla "Erken Çocukluk Gelişimi ve Eğitimi Projesi" yürütülmektedir. Erken çocukluk gelişimi, doğumdan 8 yaşına kadar olan çocuklara, ana babalarına ve çocuklara bakan diğer kişilere yönelik uygulamaları içine alan kapsamlı bir yaklaşımdır. Çocukların fiziki, psikolojik, sosyal ve bilişsel gelişimlerinin sağlanması ana hedefi oluşturur. Bu çalışma kapsamında, Mersin, İstanbul ve İzmir illerinde gerçekleştirilen eğitimler sonrasında 2005 yılı itibarıyla izlenen çocuk sayısı 15.941'dir. Bu izlemeler sonucunda desteklenen çocuk sayısı 4.259, özel merkezlere sevk edilen çocuk sayısı 118'dir.

Kan Hastalıkları Kontrol Programı

Ülkemizde, Akdeniz anemisi ve orak hücre anemisi başta olmak üzere kalıtsal kan hastalıkları önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu nedenle 2003 yılında kalıtsal kan hastalıklarının sık olarak görüldüğü illerde "Hemoglobino-pati Kontrol Programı" başlatılmıştır.

Bu program ile evlenecek çiftlere tarama testleri yapılarak ortaya çıkabilecek kalıtsal hastalıklar hakkında danışmanlık yapılmaktadır. 2005 yılında tarama merkezi olan il sayısı 23'e ulaşmıştır Programın başlatıldığı 20 ilde geçen yıl 200 bin kişi evlenmiştir, bunların 198 bini taramadan geçirilmiştir. 2005 yılında 14 ilde daha tarama merkezi açılmıştır. 2005 yılı sonunda bu illerde evlenecek çiftlerin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir.

Yenidoğan ölümlerinin azaltılması, yenidoğana optimal yaklaşım ve etkin resüsitasyonun sağlanması amacıyla "Neonatal Resüsitasyon Programı" yürütülmektedir. 2003 yılından itibaren programa ivme kazandırılarak sürdürülmüştür. 2005 yılının ilk dokuz ayında ise 98 kursta 1849 kişi eğitilerek, toplam sayı 12.841'e ulaşmıştır. Doğumhanelerde yeni göreve başlayan her sağlık personeli eğitime alınarak program sürdürülecektir.

Bebek ölümlerinin yarısından fazlasında temel neden beslenme yetersizlikleridir. 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. Bu programlarda elde edilen başarılı sonuçlar bebek ölümlerinin önlenmesine çok önemli katkılar sağlayacaktır.

Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Hastaneler Programı

"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. Programın başlangıcından itibaren yapılan hizmetlerden daha fazlası son iki yılda gerçekleştirilmiştir. 2004 yılı itibarıyla 25 İl ve 323 Hastane Bebek Dostu olmuş, 2005 yılında ise bebek dostu illerimiz 47'ye, bebek dostu hastanelerimiz ise 425'e ulaşmıştır. Bu çalışmalar neticesinde düşme eğiliminde olan ilk 6 ay sadece anne sütü ile beslenme oranları tekrar yükselme eğilimine girmiştir. 2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması sonuçlarına göre 6 ay sadece anne sütü ile beslenme oranı % 1,3'lerden % 20,8'lere yükselmiştir.



Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep AKDAĞ "Bebek Dostu II" unvanı alan illerimizin valilerine plaketlerini verirken (Kasım 2005-Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları Ödül Töreni)

Yenidoğan İşitme Taraması Programı

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; Bakanlığımızca, Özürlüler İdaresi Başkanlığı ile Marmara Üniversitesi, Gazi Üniversitesi, Hacettepe Üniversitesi, Çukurova Üniversitesi ve Dokuz Eylül Üniversitesi işbirliğinde "Yenidoğan İşitme Taraması Programı" başlatılmıştır.

Bu çalışma kapsamında, 16 ilimizin hastanelerinin yer aldığı Bakanlığımıza bağlı 24 kurumda, yenidoğan işitme taraması ünitelerinin kurulması tamamlanmış, işitme taramasına başlanmıştır. 2005 Eylül ayına kadar toplam 42.914 bebeğe işitme taraması yapılmış, bunlardan 438 bebekte işitme bozukluğu tespit edilmiştir. 8 ilimizde daha işitme taraması üniteleri kurulması planlanmıştır.

Şartlı Nakit Transferi

Ülkemizde yaşanan ekonomik krizden, sosyal ve ekonomik yönden olumsuz etkilenen vatandaşlarımıza yönelik yardımları kapsayan ve TC Başbakanlık Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu tarafından planlanan Sosyal Riski Azaltma Projesi kapsamında yer alan Şartlı Nakit Transferi, Sağlık Bakanlığı ve Milli Eğitim Bakanlığı işbirliğinde uygulamaya konulmuştur. Bu programda, 0-6 yaş arasındaki okul öncesi çocuklara, temel sağlık hizmetlerinden faydalanmaları kaydıyla nakit yardımı yapılması, benzer şekilde anne adaylarının doğum öncesi bakım almaları, sağlık kuruluşunda doğum yapmaları ve doğum sonrası dönemde de sağlık hizmetlerinden yararlanmaları koşuluyla nakit para yardımından yararlanmaları hedeflenmiştir.

2005 yılında bugüne kadar 712.185 kişi sağlık yardımından faydalanmıştır. 2005 yılı içinde proje sorumluluğunu yürüten birimlerle, uygulamada karşılaşılan sorunların giderilmesine yönelik toplantılar yapılmıştır.

Bütün bebeklerin demir yetersizliği yönünden taranması, 4-12 ay arası anemisi olmayan bebeklere koruma amaçlı demir desteği, 4-24 ay arası anemisi olan bebeklere demir tedavisi sağlanması gibi amaçlarla Mart 2004'te "Demir Gibi Türkiye" projesi başlatılmıştır. Programın başladığı tarihten, 2005 Ağustos ayı sonuna kadar 1.276.058 bebeğe demir desteği sağlanmıştır. 3545 adet demir preparatı prematüre bebeklere verilmiştir. 2005 yılı içinde 1.000.000 adet demir preparatı alınmıştır. Illere broşür, afiş desteği devam etmektedir. Programın etkinliğinin araştırılması amacıyla 2005 yılının Aralık ayında başlatılması planlanan çalışmanın sonuçlarının değerlendirilmesi 2006 yılında yapılacak ve program araştırma doğrultusunda gerekirse revize edilerek sürdürülecektir.

Gebelikte imkanlar ölçüsünde dengeli beslenme önemlidir. Bu uygun bir danışmanlık hizmeti ile yoksul , zengin her evde başarılabilir. Ancak demir eksikliğine bağlı sağlık sorunların yaygın görüldüğü ülkemizde, özellikle gebelik döneminde artan demir ihtiyacını da karşılamak üzere anne vücuduna ilave demir desteği verilmesi şarttır. Bugüne kadar halk eğitimleri ve bireysel yönlendirmelerle mücadele ettiğimiz bu konuda 1 Kasım 2005 tarihinden itibaren özel bir program başlatılmıştır. Amacımız her gebenin gebeliğinin üçüncü ayının başından itibaren, doğumdan sonraki üçüncü ayın sonuna kadar, dokuz ay süreyle her gün alınacak belirli miktardaki demir preparatı ile anne adayının kendi demir ihtiyacını karşılamasını hem de bebeğin anne rahminde daha iyi gelişmesini sağlamaktır.

D vitamini başta vücudun kalsiyum dengesinin korunması, kemik ve kas sağlığı olmak üzere, otoimmün hastalıkların önlenmesi ve hücre çoğalmasının düzenlenmesi (kötü huylu hücre artışının önlenmesi) gibi görevleri vardır. 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 Projesi" başlatılmıştır. Programın başladığı Programın

Adolesan Sağlığı ve Gelişimi Projesi

Gençlerimizin adolesan sağlığı konusunda bilinçlenmesi ve sağlıklı bir adolesan dönemi geçirmeleri, dolayısıyla ileri yaşlarda sağlıklı, mutlu ve başarılı olabilmeleri amacıyla Adolesan Sağlığı ve Gelişimi Projesi yürütülmektedir. Bu program kapsamında adolesan sağlığı merkezleri oluşturulmuştur. 2005 yılında merkezlere 17.669 başvuru gerçekleşmiş ve 11.204 kişi adolesan konusunda danışmanlık almıştır.



İshalli Hastalıkların Kontrolü Programı

İshalli Hastalıkların Kontrolü Programı kapsamında, özellikle ishal mevsimi öncesi, illerde sağlık personelinin konu hakkındaki eğitimlerinin gerçekleştirilmesi, toplumun bilgilendirilmesi, ishalin önlenmesi, ağızdan sıvı tedavisi konularının tüm anne babalar ve diğer aile bireylerinin de çok iyi bilmeleri amaçlanmaktadır. Çeşitli sektörlerle işbirliğine gidilerek, konunun gündemde tutulması için, Temmuz ayının ilk haftası 81 ilde "Ağızdan Sıvı Tedavisi Haftası" olarak değerlendirilmiştir. Bu hafta

nedeniyle illerde, halkın ve sağlık personelinin bilgilendirilmesi amacıyla çeşitli faaliyetler düzenlenmiştir.

Sağlık kuruluşlarına başvuran ishallerin tedavilerinde ücretsiz kullanılmak üzere, Bakanlığımızca 2005 yılında ihtiyacı olan illere 241.500 adet ORS (ağızdan alınan sıvı) paketi gönderilmiştir.

İyot Yetersizliği Hastalıkları ve Tuzun İyotlanması Programı

İyot yetersizliğine bağlı hastalıkların önlenmesi amacıyla, 1994 yılından bu yana bütün illerimizde UNICEF ile işbirliği halinde "İyot Yetersizliği Hastalıkları ve Tuzun İyotlanması Programı"nı yürütüyoruz. 2003 yılı Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması sonuçlarına göre, hane halkı iyotlu tuz kullanımını %18'lerden %70'lere ulaştırmıştır.

Ülkemizde iyotlu tuz kullanımını tüm topluma yaygınlaştırmak, toplum bilinci oluşturmak ve 81 il bazında konuyu gündeme getirmek amacıyla Haziran ayının ilk haftası "İyot Yetersizliği Hastalıkları Haftası" olarak belirlenmiştir.

2005 yılında, iyotlu tuz kullanım oranının düşük olduğu illerimize önem verilmiş, 27 il sağlık müdürlüğüne, eğitim çalışmalarında kullanılmak üzere ödenek gönderilmiştir. Tarım Bakanlığı ile işbirliği yaparak, 81 ilin tarım il müdür yardımcılarını, gıda ve denetim elemanlarını, ev ekonomistlerini, il kontrol laboratuvar müdürlerine iyotlu tuz kullanımının artırılması ve tuzda iyot denetimi hakkında eğitim verilmiştir. Hedefimiz vatandaşlarımızın %95'inin iyotlu tuz kullanımını sağlamaktır.

Üreme Sağlığı, Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması

Kadınlar arasında demir eksikliğinin ülkemizde yaygın olduğu bilinmektedir. Gebelik döneminde artan ihtiyaca bağlı olarak, demir eksikliği önemli bir sağlık sorunu olabilmektedir. Bu nedenle, gebelik döneminde anne adayının ve bebeğin sağlığını desteklemek için gebelere demir desteği programını başlatılmaktadır. Bu program 2006 yılında yaygınlaştırılarak devam edecektir. Her ge-

başladığı 23 Mayıs 2005'ten Eylül ayı sonuna kadar 346.225 bebeğe D vitamini verilmiştir. 2005 yılında 1.000.000 kutu D vitamini daha alınmış, program 2006 yılında da devam edecektir.

Yetersizliği, dünyadaki önlenebilir zihinsel geriliğin başlıca nedeni olan İYOT, insan vücudunda çok az miktarda bulunan normal büyüme ve gelişme için gerekli olan bir eser elementtir. Ülkemizde iyot yetersizliğine bağlı görülen guatr önemli bir halk sağlığı sorunu olup, iyot yetersizliğinin ciddi olduğu durumlarda; bebek ve çocuklarda büyüme geriliği, zeka geriliği, okul çocuklarında başarısızlık, cücelik; gebelerde düşük ve ölü doğum yapma, her yaşta guatr görülmektedir. "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. Hedefimiz 2005 yılında vatandaşlarımızın % 95'inin iyotlu tuz kullanmasını sağlamaktır.

Ayrıca yine bu program kapsamında, UNICEF tarafından Bakanlığımıza hibe edilen 25 adet "Tuz İyotlama Makinesi" küçük tuz işletmecilerinin kullanımına devredilmiştir. Makineleri teslim alan tuz işletmecilerinin kullanıcı personeline "Tuz İyotlama Makineleri Makine Başı Eğitimi" verilmiştir.

Ülkemizde, talasemi ve orak hücre anemisi başta olmak üzere kalıtsal kan hastalıkları önemli bir halk sağlığı sorunudur. Türkiye'de sağlıklı Türk popülasyonunda beta-thalassemi taşıyıcı sıklığı % 2,1 olup, yaklaşık 1.300.000 taşıyıcı ve 4513 civarında hasta bulunmaktadır. Bu alandaki her hastanın devlete yıllık maliyeti yaklaşık 10.000 Amerikan Doları'dır. Hastaların 40 yıl dolayında yaşadıkları dikkate alındığında, 4513 hastanın maliyetinin ağırlığı ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle şimdiye kadar yapılan hizmetleri organize etmek ve hizmetleri yaygınlaştırmak amacıyla 2003 yılında Kalıtsal Kan Hastalıklarının sık olarak görüldüğü illerde "Hemoglobülinopati Kontrol Programı" başlatılmıştır.

Bu program ile evlenecek çiftlere tarama testleri yapılarak ortaya çıkabilecek hastalıklar öncesinde önlemler alınması amaçlanmıştır. Programın başlatıldığı 13 ilin 2004 yılında evlenen kişi sayısı 199.920, taranan kişi sayısı 197.702'dir. Program 2004 yılında 33 ile



beye gebeliğinin üçüncü ayından itibaren doğum sonu dahil dokuz ay süreyle demir desteği sağlanacaktır.

Gebelik dönemindeki sağlık hizmetlerinin her gebeye ulaştırılması, tüm doğumların sağlık personeli nezaretinde yapılması, gebelik aralıklarının anne ve bebeğin sağlığını olumsuz şekilde etkilemeyecek biçimde düzenlenmesi ve sağlık göstergelerinde görülen yerleşim yerine bağlı farklılıkların azaltılması başlığı altındaki kadın sağlığı ve aile planlaması temel hizmetleri devam edecektir.

Ulusal Üreme Sağlığı Stratejileri ve Eylem Planı, önceki plan gözden geçirilip güncelleştirilerek yeniden hazırlanmıştır. Basımı ve ulusal düzeyde tanıtımı yapılan plan, 2006 yılında bölgesel toplantılarda tanıtılacaktır.

TSK ile İşbirliği

Bakanlığımız ile Türk Silahlı Kuvvetleri arasında işbirliği yapılarak 2004 yılı Nisan ayı ile 2005 yılı Aralık ayı arasında 750 bin er ve erbaşa üreme sağlığı eğitimi verilmiştir.

Kurumsallaşma ve sürdürülebilirlik işaretleri veren program kapsamında, yılda yaklaşık olarak 500 bin gencimize ulaştırılması hedeflenmektedir. Ulusal üreme sağlığı programında erkek katılımının sağlanması açısından ve hitap edilen yaş grubunun 20-22 olması nedeniyle, ilerleyen yıllarda üreme sağlığı göstergelerinde ciddi düzeylerde ve hızlı biçimde iyileşmeler sağlayacak çok önemli bir proje olduğu düşünülmektedir.

Ulusal Anne Ölümleri Araştırması

Ulusal anne ölümleri araştırmasına, 2005 yılı Haziran ayında başlanılmıştır. Sağlık Bakanlığı öncülüğünde Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü'nün içinde bulunduğu uluslararası bir konsorsiyum tarafından başlatılan araştırma 2006 yılında tamamlanarak, anne ölüm oranı ve ölüm nedenleri dağılımı ortaya çıkacak ve anne ölümlerinin önlenebilirlik durumuna açıklık kazandırılacaktır. Araştırma raporuna uygun politika ve stratejiler geliştirilerek, ana sağlığı hizmetlerimiz bu doğrultuda yapılacaktır.

Sağlık Personeli Eğitimleri

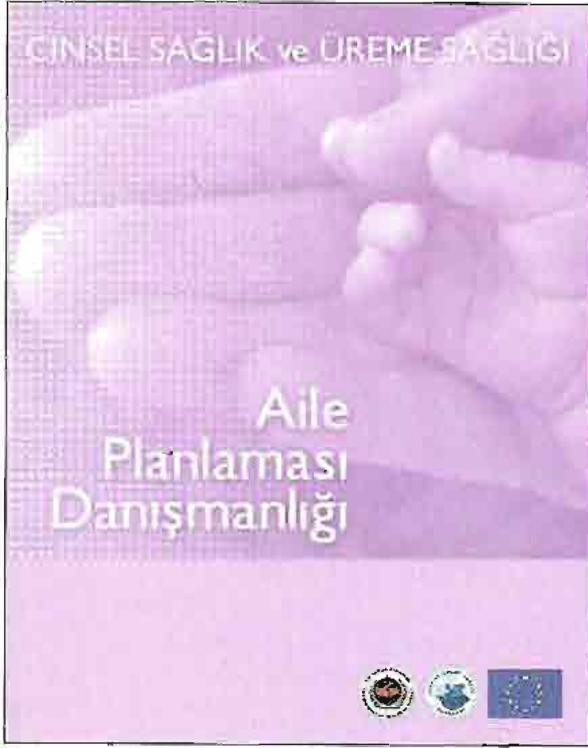
Aile Planlaması Beceri Eğitimleri: Aile planlaması eğitim ve uygulama hizmetleri, ülke genelinde yürütülmüştür. Sağlık kuruluşlarında, aile planlaması hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve sürekliliğinin sağlanması amacıyla, hekim, hemşire ve ebelere Aile Planlaması Danışmanlık ve Beceri Eğitimi verilmiştir. 2005 yılında, illerin talepleri doğrultusunda, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, sağlık ocakları ve hastanelerin kadın-doğum bölümlerinden 315 hekim, rahim içi araç (RIA), 10 hekim mensürel regülasyon (MR), 22 hekim, rahim içi araç+menstrüel regülasyon (RIA+MR), 972 ebe, RIA kursuna alınmışlardır. Eğitimlerini tamamlayanlara sertifika düzenlenmiştir.

yaygınlaştırılmış olup 2005 yılında bu illerde evlenecek çiftlerin tamamına ulaştırılması hedeflenmektedir.

Yeni doğan bebeklerin yaşama sağlıklı başlayabilmelerini sağlamak amacıyla ülke düzeyinde yenidoğan tarama programları yürütülmektedir. Bunlardan biri, daha önceden başlatılmış olan "Fenilketonüri Tarama Programı"dır. 2002 yılında fenilketonüri taraması yapılan yenidoğan oranı % 59,2 iken, 2003 yılı sonunda % 70.3'e, 2004 yılında 81,3'e ulaştırılmıştır. 2005'te ise tamamına ulaşılması planlanmaktadır. Ayrıca yürütülmekte olan fenilketonüri taramasına ilave olarak programa "Konjenital Hipotiroidi Tarama Programı" da ilave edilmiştir.

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; Bakanlığımız, Özürlüler İdaresi Başkanlığı ile Marmara Üniversitesi , Gazi Üniversitesi , Hacettepe Üniversitesi, Çukurova Üniversitesi ve Dokuz Eylül Üniversitesi işbirliğinde "Yenidoğan İşitme Taraması Projesi"ni başlatmıştır.Bu çalışma kapsamında, 16 ilimizin hastanelerinin yer aldığı Bakanlığımıza bağlı 24 kurumda, Yenidoğan İşitme Taraması Ünitelerinin kurulması tamamlanmış, işitme taramasına başlanmıştır. 2005 Temmuz ayına kadar toplam 30.249 bebeğe işitme taraması yapılmış, bunlardan 394 bebekte işitme bozukluğu tespit edilmiştir. Halen 8 ilimizde daha işitme taraması üniteleri kurulması planlanmıştır.

2004 yılında, toplumda en yoksul kesime mensup ailelerin ana ve çocuk sağlığı hizmetlerinden yararlanmalarını teşvik etmek, aileye mali destek sağlamak amacıyla Sosyal Riski Azaltma Projesi çerçevesinde " Şartlı Nakit Transferi" başlatılmıştır. Bu programda, 0-6 yaş arasındaki okul öncesi çocuklara, temel sağlık hizmetlerinden faydalanmaları kaydıyla nakit yardımı yapılması, benzer şekilde anne adaylarının doğum öncesi bakım almaları, sağlık kuruluşunda doğum yapmaları ve doğum sonrası dönemde sağlık hizmetlerinden yararlanmaları koşuluyla nakit para yardımından yararlanmaları hedeflenmiştir.



Ayrıca, Nüfus Planlaması Yönetmeliği gereğince de daha önce RIA eğitimine katılan ve bu eğitimin üzerinden beş yıl süre geçen ebeler bilgileri tazeleme eğitimine alınmaktadır. 2005 yılında da 170 ebe bilgi tazeleme eğitimine alınmıştır.

Aile planlaması Eğitim Merkezlerinin eğitici personel ihtiyacını karşılamak üzere, çeşitli illerden hekim ve ebe/hemşirelerin katıldığı "Aile Planlaması Klinik ve Eğitim Becerileri" kursu düzenlenmiş ve 100 sağlık personeli eğitilmiştir.

Üremeye Yardımcı Tedavi Yöntemleri Beceri Eğitimleri: Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Yönetmeliğine dayalı olarak çıkartılan, "Üremeye Yardımcı Tedavi Yöntemleri Konusunda Eğitim Verecek Merkezlerin Nitelikleri, Tespiti, Çalışma Usul ve Esasları ile Eğitim Programı ve Sertifika Verilmesine Dair Tebliğ" gereğince, eğitim merkezi olarak belirlenen ÜYTE merkezlerinde, sağlık personeline üremeye yardımcı tedavi yöntemleri konu-

sunda eğitim verilmektedir. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü tarafından planlaması ve koordinasyonu yapılan ÜYTE eğitimlerine 2005 yılında 61 sağlık personeli katılmıştır.

Uluslararası Üreme Sağlığı Eğitimi: Orta Asya Türk Cumhuriyetlerinden gelen katılımcılar için, "Üreme Sağlığı Hizmetlerinde Kitle İletişim Araçlarından Yararlanma Teknikleri" konulu, 14 Kasım 2005 tarihinden itibaren 4 hafta süreli uluslararası bir eğitim programı düzenlenmiştir. Eğitime, Azerbaycan'dan 2, Kazakistan'dan 2, Kırgızistan'dan 3, Özbekistan'dan 3, Tacikistan'dan 2 personeli katılmıştır.

Ağız Diş Sağlığını İyileştirmede Florür Kullanımı Programı

AÇSAP Genel Müdürlüğü tarafından, ağız ve diş sağlığını iyileştirmek amacı ile, koruyucu önlemlerden sistemik flour uygulaması ağırlıklı, "Ağız Diş Sağlığını İyileştirmede Florür Kullanımı Programı", Bakanlığımızın ilgili birimleri, Üniversitelerin Diş Hekimliği Fakülteleri ve Diş Hekimleri Birliği ile birlikte 1995 yılından bu yana koordineli olarak yürütülmektedir. Bu çalışma kapsamında, pilot illerden biri olan Denizli ilinde flour sistemik, flour sistemik-topikal, flour topikal uygulamalarının sonuçlarını değerlendirmek üzere, 25-27 Mayıs 2005 tarihleri arasında Bakanlığımız, Hacettepe Üniversitesi ve Gazi Üniversitesi işbirliğinde tarama çalışması yapılmıştır.

Aile ve Toplum Sağlığı için Ulusal Politikalar ve Stratejiler Toplantısı

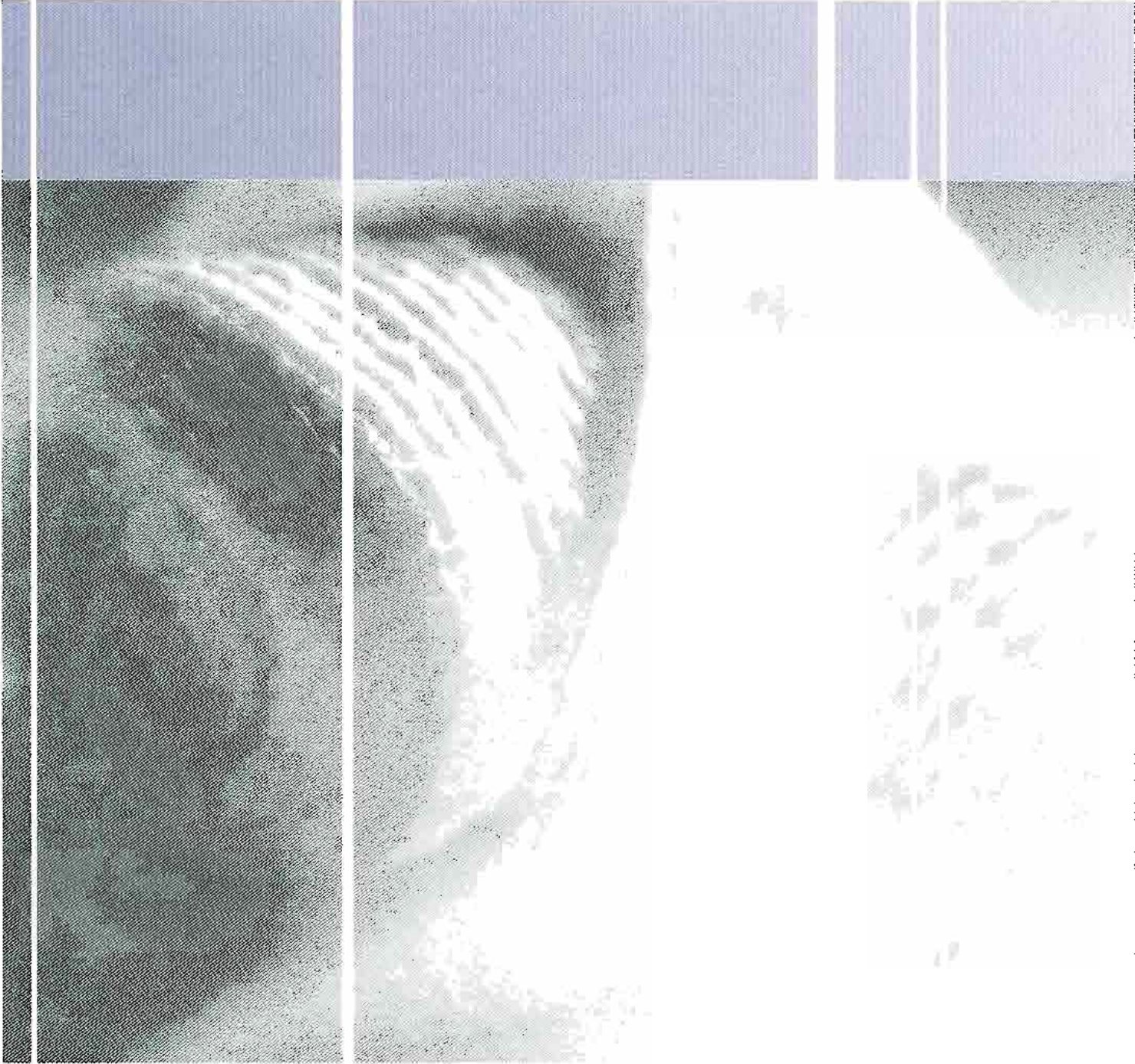
Bakanlığımızın koordinasyonu ve desteği ile Dünya Sağlık Örgütüne üye 14 ülkenin ve DSÖ, UNICEF, UNFPA ve Dünya Bankasından uzmanların katılımı ile 25-28 Nisan 2005 tarihleri arasında Antalya ilinde "Aile ve Toplum Sağlığı için Ulusal Politikalar ve Stratejiler" konulu bir toplantı düzenlenmiştir.

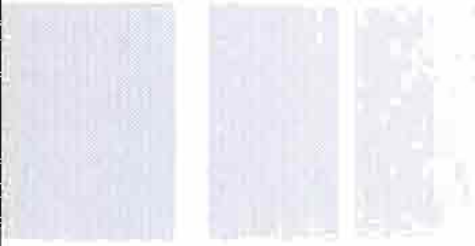
Şartlı Nakit Transferi Uygulamasında, 2004 Yıl sonu itibariyle 351.491 vatandaşımız sağlık yardımlarından yararlanmışır. Eylül 2005 itibariyle 712.185 kişi sağlık yardımından faydalanmıştır. 2005 yılı içinde proje sorumluluğunu yürüten birimlerle, uygulamada karşılaşılan sorunların giderilmesine yönelik toplantılar yapılmıştır. 2006 yılında bu konudaki çalışmalar ve nakit yardımı devam edecektir.

Gençlerimizin adolesan sağlığı konusunda bilinçlenmesi ve sağlıklı bir adolesan dönemi geçirmeleri, dolayısıyla ileri yaşlarda sağlıklı, mutlu ve başarılı olabilmeleri amacıyla Adolesan Sağlığı ve Gelişimi Projesi yürütölmektedir. 2005 yılında merkezlerde kullanılmak üzere broşür desteğı devam etmiştir. Merkezlerin izleme ve değerlendirilmesinde kullanılacak formlara son hali verilmiştir. Merkeze başvuranları ve başvuru nedenlerini tanımlamak amacıyla bir çalışma yapılarak sonuçları değerlendirilmiştir. 2005 yılı sonuna kadar 3 yeni merkez daha açılacaktır ve bu merkezde çalışan sağlık personelinin eğitimleri gerçekleştirilmiştir.

Bakanlığımızca yürütölen bu programların olumlu sonuçlarını almaya başladık. Canlı doğum sayıları artmasına rağmen hem bebek ölümlerinde hem de yenidoğan ölümlerinde önemli oranda azalma sağlanmışır. 1997-1998 Yıllarında hastanelerde yapılan araştırmaya göre her yıl yaklaşık 725 Anne Ölümü olmakta idi. 2002 yılında ülke genelinde 700 annenin öldüğü tahmin edilmekte idi. Yıl sonunda anne ölümlerinin Sağlık Bakanlığı'na bildirilmesine başlandı. 2003 yılında bildirilen anne ölümü 179, 2004 yılında 221 oldu. 2005 Mayıs itibariyle bildirilen anne ölümü 87'dir. Ancak bu bilgilerin yetersiz olduğunu biliyoruz. Anne ölümleri ile ilgili sağlıklı verilere başlattığımız "Anne Ölümleri Araştırması"nın sonuçlanacağı 2006 yılında ulaşacağız.

Tedavi Hizmetleri





Tedavi edici hizmetlerle ilgili çalışmalarımızdaki temel amacımız; halkımıza kaliteli bir sağlık hizmeti sunmaktır. Bu amaçla sağlık sistemimizi bir bütün olarak yeni bir anlayışla organize etme gayreti içerisindeyiz. Aralık 2004 tarihi itibarıyla 94.515 olan hastane yatak sayısı, SSK hastanelerinin Bakanlığımıza devri ile 129.554'e çıkmıştır. Halihazırda Bakanlığımıza bağlı 798 hastanede 129.554 yatak kapasiteyle hizmet sunmaktayız. 2004 yılında 91 milyon 296 bin olan poliklinik sayısı 2005 yılında yaklaşık olarak 175 milyona ulaşmıştır. (Şekil 3)

Sağlık Tesislerinin Devri

Sağlık kurum ve kuruluşlarından yararlanma hakkının sosyal güvenlik kurumlarına göre sınırlandırılması yönündeki uygulamalar kaldırılmıştır. Kamuya ait sağlık kurumlarında işbirliği ve verimli kaynak kullanımının sağlanmasına yönelik olarak ortak kullanım protokolünden sonra, 5283 sayılı "Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun" 19.1.2005 tarihinde Resmi Gazete'de yayımlanmış ve yürürlüğe girmiştir. Kanunla, başta TBMM Kampüsü içinde bulunan sağlık tesisi ile diğer kamu kurum ve kuruluşlarındaki sağlık tesislerinin tümü, Sağlık Bakanlığı çatısı altında toplanmıştır. TSK, yüksek yargı, üniversiteler, Sayıştay ve Yargıtay kanun kapsamı dışında tutulmuştur. Bakanlığımız ile Sosyal Sigortalar Kurumu arasında imzalanan Sağlık Hizmetleri Protokolü kapsamında bütün sağlık kuruluşlarımızda SSK mensuplarına sağlık hizmeti verilmesine başlanmıştır. (Şekil 4)

Devir alınan:	
Hastane sayısı	147
Sağlık istasyon sayısı	179
Dispanser sayısı	223
Ağız ve diş sağlığı merkezi sayısı	11
Toplam	560

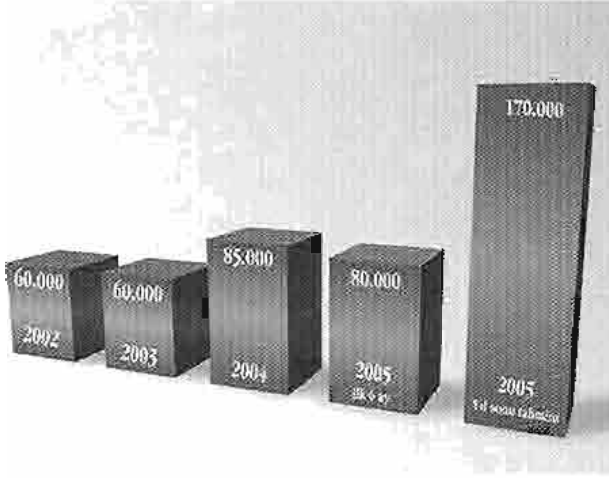
Devir alınan:	
Personel sayısı	55.000

Kaynakların Etkili Kullanımı

Sağlık hizmetlerinde verimlilik ve etkililik, insan gücü, tıbbi donanım ve fiziki mekânın uygun kullanımı ile sağlanabilir. Bu maksatla, polikliniklerdeki yığılmaların önlenmesi, bekleme sürelerinin azaltılması ve halkın sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşabilmesi için poliklinik muayene oda sayılarının artırılmasına yönelik çalışmalar sürdürülmektedir. Hastanelerimizde atıl kapasiteyi harekete geçirmek için yaptığımız düzenlemeleri devraldığımız hastanelerde de gerçekleştirdik. Bu düzenlemeler sonucunda muayene oda sayısı 2005 yılı sonu itibarıyla yaklaşık 13 bine ulaştırılmıştır. (Şekil 5)

Hasta Hakları

Bakanlığımız tarafından 1.8.1998 tarihinde yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliğinin uygulanmasını sağlamak üzere 15 Ekim 2003 tarihinde "Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Yönerge" yayımlanarak uygulamaya geçilmesi için çalışmalar başlatılmıştır.

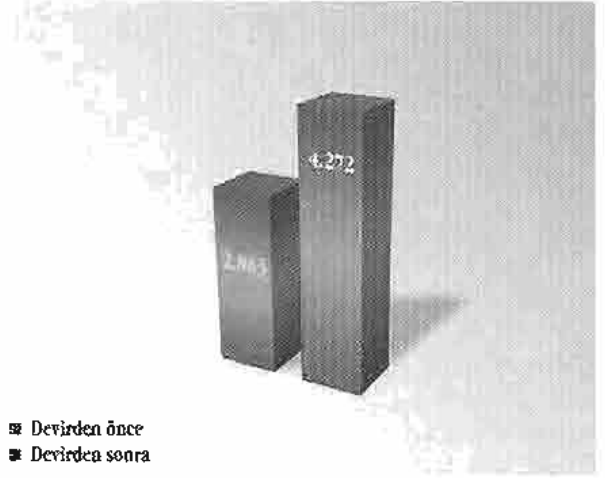


Şekil 3- İkinci basamak poliklinik sayısı.

Bu doğrultuda Bakanlığımızda Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde Kasım 2003 tarihinde Hasta Hakları Şube Müdürlüğü kurulmuştur. Hasta hakları alanında faaliyet gösteren sivil toplum kuruluşlarına uygulama ve işleyiş tanıtılmıştır. Uygulama başlatılmadan önce hastanelerin ilgili hasta hakları kurul başkanlarına ve hasta hakları birim sorumlularına yönelik, 12-13 Şubat 2004 tarihlerinde Yalova'da "Hasta Hakları ve Uygulamalarına İlişkin Hizmet İçi Eğitim" yapılmıştır. Bu eğitim sonunda hastanelerde hasta hakları birimi ve hasta hakları kurulları oluşturulmuş, 15 Şubat 2004 tarihi itibarıyla Hasta Hakları Uygulaması 38 il'de 60 devlet hastanesinde fiilen başlatılmıştır. İlgili hastanelerin belirlenmesinde Toplam Kalite Uygulamaları açısından kalite konseylerinin varlığı esas alınmıştır. Hastaların veya hasta yakınlarının tüm müracaatlarını ve şikayetlerini:

- Hastanelerde oluşturulan hasta hakları birimlerine,
- Bakanlığımız web sayfasında oluşturulan online programa,
- Alo 184 SABİM hattına yapmaları sağlanmıştır.

Bu yollardan hasta hakları birimleri aracılığıyla 14.944 şikayet, internet aracılığıyla 4.748 şikayet, ALO 184 SABİM hattı ile 229.000 şikayet Bakanlığımıza ulaşmıştır. Yapılan hizmet içi eğitimlerde anlatılan konular derlenerek Elektronik Hizmet İçi Eğitim Kitabı oluşturulmuş ve



Şekil 4- Devirden önce ve sonra hasta muayene oda sayısı

hasta hakları web sayfasında yayınlanmıştır. Uygulamada karşılaşılan sorunlar ve öneriler doğrultusunda Hasta Hakları Yönergesi'nin geliştirilmesi çalışmaları amaçlanmış ve 26.4.2005 tarihinde yayımlanmıştır. Yine bu kapsamda halkın ve sağlık çalışanlarının bu konuda bilinçlenmesini sağlamak için Bakanlığımız web sayfası üzerinden "Hasta Hakları Web" sayfası hazırlanarak yayınlanmıştır. (<http://www.saglik.gov.tr/extras/hasta-haklari/giris.html>)

81 il genelinde uygulamaya geçilmesine yönelik olarak 71 devlet hastanesinde daha uygulamanın başlatılması amacıyla hasta hakları birim sorumluları ve kurul başkanları belirlenerek, hizmet içi eğitim çalışmaları başlatılmıştır. Uygulamayı ilk başlatıldığı 60 devlet hastanesinin başhekimleri ile uygulamaya yeni dahil edilecek 71 devlet hastanesinin başhekimlerine Antalya Çolaklı Uluslararası Kongre ve Tıp Merkezi'nde 10-12 Ekim tarihleri arasında Hasta Hakları Hizmet İçi Eğitimi verilmiştir. 13-15 Ekim tarihleri arasında ise uygulamaya sonradan dahil edilen 71 hastanenin kurul başkanları (başhekim yardımcıları) ve hasta hakları birim sorumlularına da eğitim verilmiştir.

Eğitimin sona ermesiyle 15 Kasım 2004 tarihinde hasta hakları uygulamaları 81 il merkezinde 131 devlet hastanesinde başlatılmış ve uygulama bir yıl içerisinde tüm ülkede yaygınlaşmıştır.

Vazgeçilmezler arasında...

Prof. Dr. Necdet ÜNÜVAR
SB Diyalog, Sayı 1

En önemli şey nedir diye sorulsa ve bir sıralama yapmanız istense, listenizde sağlık kaçınıcı sırada yer alırdı? Sanırım ilk sıralarda.

Sağlık her işin başı... Bugünü ve yarınınızı plânlarken hep sağlığa göre karar vermek durumundasınız. Böyle yaparsınız, çünkü proje ve hayallerinizi ancak sağlıklı olduğunuz taktirde gerçekleştirebileceğinizi bilirsiniz.

Peki sağlıktaki sorunları saymanız istense...

Bu soruyu kim bilmez? Hatta bunu düşünmemiş kim vardır?

Hayatının bir döneminde, bir şekilde, ama herkesin bir 'aşınahğı' vardır bu sorunlara. Nasıl olmasın ki; bugün değilse yarın, kendisi değilse bir yakını. Hani, "eninde sonunda" bir sağlık görevlisiyle karşılaşmamış, hastane koridorlarıyla tanışmamış kaç kişi vardır? Olmamasını elbette dilerim.

Ama siz, karşılaştıklarınızı, sağlık alanında nasıl hararetle fikir beyanında bulunduklarına bakarak kolayca çıkarabilirsiniz. Ülkede oturmuş bir sağlık sisteminin bulunmadığından tutun, hizmetin yerinde ve zamanında alınmadığına, değişik kurumların çok farklı mantıklarla sağlık hizmeti sunduklarına, ilaç ve ambulansa...

Doğrusu çok yanlış tespitlerle de karşılaşmazsınız. İlerleyen satırlarda, "karşılaşmazdınız" diyeceğimi tahmin edebiliyorsunuz sanırım. Yine de, düne ve kısmen bugüne bakmaya devam edersek; ne hizmet sunanların ne de hizmet sunulanların durumdan pek de memnun olmadıkları kolayca anlaşılabilir. Bu bakışla sağlık alanında hâlâ "yapacağımız çok şey var": Geleceği öngörmek, toplumun beklentilerini doğru tespit etmek, bulunulan yeri, olunması gereken yeri belirleyip atılacak adımları planlamak, ilerlemek, ilerlemek..

Ve son soru: Son zamanlarda sağlıkta ne değişti? Bu soruya bir çırpıda cevap vermek zor, ancak değişen en önemli şeyin "bakış açısı" olduğunu rahatlıkla söyleyebiliriz. Artık SSK'lı iseniz devlet hastanesine gidebiliyorsunuz, devlet memuru iseniz özel sektörden devletin öngördüğü fiyattan hizmeti alabiliyorsunuz hastane

Yönergenin yayınlanmasını müteakip 81 il merkezinde hasta hakları il koordinatörlükleri kurularak, il koordinatörlerin isimleri belirlenmiştir.

Hasta hakları uygulamaları konusunda Bakanlığımızın verdiği önemin il sağlık müdürlükleri tarafından anlaşılması ve uygulamanın yürütülmesinin nasıl sağlanacağı konusunda bilgi verilmesi amacıyla hasta hakları il koordinatörleri ile il sağlık müdürlerini de kapsayan "Hasta Hakları Hizmet İçi Eğitimi" 23-27 Mayıs 2005 tarihlerinde Nevşehir'de verilmiştir.



Bu doğrultuda uygulamaya geçilen devlet hastanelerinde; çalışanların hasta hakları ve uygulamaları konusunda bilinçlendirilmesi amacıyla "Hasta Hakları Hizmet İçi Eğitimi Projesi" hazırlanarak hastanelerin eğitimlerini tamamlamaları istenmiştir.

Uygulamaya geçen hastanelerde yapılan hizmet içi eğitim faaliyetlerinin istatistiklerinin raporlaştırılması tamamlanmıştır. Uygulamanın başlatıldığı hastanelerde 35.919 sağlık çalışanına hasta hakları konusunda hizmet içi eğitim verilmiştir. 2006 yılında ise 58.200 sağlık çalışanına daha hasta hakları hizmet içi eğitimi yapılması planlanmıştır.



Şekil 5- Poliklinik oda sayısı.

Hasta hakları konusundaki son gelişmeleri ve her türlü kaynak bilgiyi içerisinde bulunduran hasta hakları web sayfası revize edilerek güncellenmiştir. Ayrıca hasta hakları web sayfası İngilizce'ye çevrilerek tüm dünyanın kullanımına sunulmuştur.

2005 yılı sonu itibarıyla hasta hakları uygulamaları 422 hastanede başlatılmıştır. 2006 yılında ise 380 hastane daha bu uygulamaya başlayacaktır. Böylece toplam 802 devlet hastanesinde uygulamaya geçilmiş olacaktır. Böylece tüm devlet hastanelerinde hasta hakları uygulaması başlatılmış olacaktır.

Hekim Seçme Hakkı

En temel hasta haklarından olan Hekim Seçme Uygulaması Eylül 2004'te 9 hastane ile başlamış olup bugün itibarıyla 47 hastaneye ulaşmıştır. Hekim seçme uygulamasına geçilen hastanelerde poliklinik muayene oda sayıları ortalama %50 artmıştır. Uygulama öncesinde bu hastanelerde toplam 741 olan poliklinik muayene oda sayısı, uygulamayla birlikte 1.240 olmuştur. 2006 yılında 200 devlet hastanesinde daha hekim seçme uygulamasına geçilmesi planlanmıştır.

Bu hastanelerimizde vatandaşlarımızın poliklinik bekleme süreleri azalmış, hekimin hastaya ayırdığı süre artmış

yöneticisi iseniz ihtiyacınız olan hizmeti veya binayı kiralayabiliyorsunuz, sağlık çalışanı iseniz kazancınızdaki önemli faktörün performansınız olduğunu biliyorsunuz. Hizmet almak isteyen kolay ve etkili alsın, hizmet sunmak isteyen kaliteli hizmeti, isteyerek üretsın. Sağlık hizmetlerindeki mantık değişimini böyle özetleyebiliriz. Kısaca "engelle, ancak yeterince denetleme" anlayışı yerine, "imkânları sağla, hizmet sunma şartlarını oluştur" mantığının hakim olduğu görülebilir.

Kuşkusuz bu, değişim ve gelişime açık bir süreçtir. Başlangıçta algulamada ve uygulamada bazı güçlüklerin olması doğaldır. Ancak bunlar, her değişimde yaşanabilecek şeylerdir. Toplumlar, sahip oldukları değerlerin önemini çoğu kez yaşayarak öğrenirler.

"Yaşanacak çok şey var."



Sağlıkta dönüşüm sürüyor...

Hastanemiz kaliteyi en üst düzeye çıkarttı, daha iyi ve kaliteli hizmet sunmak için, yepyeni binaları yaptırarak modernleşti. Daha sağlıklı bir Türkiye için her gün kararlar alıyoruz.

Hastanemiz artık hastanelerde değil kalıyor. Hastanelerimiz ÖZEL hastanelerimizden ayrılmıyor. Hastanelerimiz artık hastaneler değil kalıyor. Hastanelerimiz ÖZEL hastanelerimizden ayrılmıyor. Hastanelerimiz artık hastaneler değil kalıyor. Hastanelerimiz ÖZEL hastanelerimizden ayrılmıyor.



Hekimini kendin seç...

Hastalanımıza **Hekim Seçme Hakkı** tanıyarak önemli bir hizmeti gerçekleştiriyoruz. Bu uygulama için her hekimimize bir muayene odası tahsis ediyoruz. Sizler "**Hekim Seçme Hakkı**" logolarımızı gördüğünüz her birimizde kendi hekiminizi kendiniz seçecek ve gönül rahatlığı ile tedavinizi yapacaksınız. Hekimlerimiz de sizlerle daha uygun şartlarda ilgilenecek ve size daha çok zaman ayıracak.



Bilgi için: SABA ALI 164 - www.saglik.gov.tr



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

"Herkesin Sağlığı"

ve hastaların istedikleri hekime muayene olabilmeleri mümkün hale gelmiştir. Hekim seçme hizmetlerinin usul ve esaslarının belirlenmesi amacıyla kapsamlı bir yönerge çalışması yapılmaktadır.

Bakanlığımızın hasta hakları ve uygulamaları hakkında; Hacettepe Üniversitesi, Akdeniz Üniversitesi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Kocatepe Üniversitesi ve Selçuk Üniversitesi'nde seminerler verilmiştir.

Bakanlığımız Hasta Hakları Şubesi tarafından hazırlanan ve Avrupa Birliği Mesleki Eğitim Programı A tipi Leonardo da Vinci projesi kapsamında yer alan "Türkiye'de Hasta Hakları Uygulamalarının Yaygınlaştırılması" projesi Ulusal Ajans tarafından kabul edilmiştir. Bu proje kapsamında Hollanda'daki sağlık sistemini ve Hasta Hakları

Uygulamalarını görmek üzere 3-10 Eylül 2005 tarihleri arasında Hollanda'ya ziyaret gerçekleştirilmiştir. Burada Hollanda Sağlık Bakanlığı, ruh sağlığı merkezleri, aile hekimliği merkezleri, üst şikayet kurulu, sivil toplum kuruluşları, hastane, özel sağlık eğitimi veren enstitü ve yaşlılar bakım evine ziyaretler yapılmıştır. Hollanda'daki hasta hakları ve uygulamaları konusunda ayrıntılı bilgiler elde edilmiştir.

Hasta Hakları ve Uygulamaları Konusunda Toplum Bilinçlendirme Eğitimi Projesi tamamlanarak, uygulanmak üzere hasta hakları il koordinatörlüklerine gönderilmiştir. Bu eğitimlerin 2006 yılı boyunca da yapılması planlanmıştır.

Bakanlığımız ve Hasta Hakları ve Sağlıklı Yaşam Derneği tarafından Trabzon'da 12-16 Eylül 2005 tarihleri arasında ortak "Hasta Hakları Eğitici Eğitimi Kursu" düzenlenmiştir. Bu yöndeki sivil toplum kuruluşlarının çalışmaları desteklenmektedir.

2005 Yılı Kasım ayı içerisinde vatandaşlarımızın ve ko-nuyla ilgisi olan kişilerin dikkatini çekmek ve Bakanlığımızın yaptığı uygulamaları paylaşmak, tartışmak ve geliştirmek amacıyla "I. Ulusal Hasta Hakları Sempozyumu" düzenlenmiştir.

Hasta hakları uygulamalarının geliştirilmesi kapsamında 2006 yılındaki hedeflerimizi şöyle sıralamak mümkündür;

- 2006 yılı sonu itibarıyla Bakanlığımıza bağlı tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta hakları uygulamasını başlatmak,
- Hekim seçme uygulaması kapsamındaki hastanelerin sayısını ülke genelinde yaygınlaştırmak,
- Her yıl ulusal düzeyde hasta hakları sempozyumu düzenlemek,
- Yaşam boyu eğitim kapsamında sağlık çalışanlarının ve halkın eğitimlerini sürekli hale getirmek,
- Hasta hakları kültürünü oluşturmaktır.

Yeşil Kart'a Yeni Düzey

3816 sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun'da değişiklik yapan 5222 sayılı Kanun 21.7.2004 tarihli ve 25529 sayılı Resmi Gazete'de

Hasta, Haklarını Biliyor

Doç. Dr. Osman GÜLER
SB Diyalog, Sayı 14

Sağlık Bakanlığı yeni dönemde hasta haklarını uygulamalarından vatandaşlarımızın yararlanmasına büyük önem veriyor.

15 Kasım 2003'de "Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Yönerge" doğrultuda Bakanlığımızda Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde 5 Kasım 2003 tarihinde Hasta Hakları Şube Müdürlüğü kuruldu. Uygulama başlatılmadan önce hastanelerin ilgili Hasta Hakları Kurul Başkanlarına ve Hasta Hakları Birim Sorumlularına yönelik, 12-13 Şubat 2004 tarihlerinde Sağlık Bakanı sayın Prof. Dr. Recep Akdağ'ın da katılımlarıyla "Hasta Hakları ve Uygulamalarına İlişkin hizmet içi eğitim" yapıldı.

Bu eğitim sonunda hastanelerde Hasta Hakları Birimi ve Hasta Hakları Kurulları oluşturuldu. 15 Şubat 2004 tarihi itibarıyla Hasta Hakları Uygulaması 38 il'de 60 devlet hastanesinde fiilen başlatıldı. İlgili hastanelerin belirlenmesinde Toplam Kalite Uygulamaları açısından kalite konseylerinin oluşmuş olması esas alındı. Hastaların veya hasta yakınlarının tüm müracaatlarını ve şikâyetlerini:

- Hastanelerde oluşturulan Hasta Hakları Birimlerine,
- Bakanlığımız web sayfasında oluşturulan online programa,
- Alo 184 SABİM hattına yapmaları sağlandı.

Bu doğrultuda uygulamaya geçilen devlet hastanelerinde; çalışanların hasta hakları ve uygulamaları konusunda bilinçlendirilmesi amacıyla "Hasta Hakları Hizmet İçi Eğitimi Projesi" hazırlanarak 35.919 sağlık personeline hizmet içi eğitim verildi.

Halkın ve sağlık çalışanlarının bu konuda bilinçlenmesini sağlamak için Bakanlığımız "Hasta Hakları Web" sayfası hizmete girdi. 81 il genelinde uygulamaya geçilmesine yönelik olarak 71 devlet hastanesinde daha uygulamanın başlatılması amacıyla hasta hakları birim sorumluları ve kurul başkanları belirlenmiş ve hizmet içi eğitim çalışmaları başlatıldı. Uygulamanın ilk başlatıldığı 60 Devlet Hastanesinin Başhekimleri ile uygulamaya yeni dahil edilecek 71 Devlet

yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Ancak Kanunun geçici birinci maddesi gereğince 1.1.2005 tarihinde ülke genelinde uygulamaya geçirilmiştir. Yine uygulamaya yönelik yönetmelik değişikliği de 22.12.2004 tarihli ve 25678 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Yapılan değişikliklerle; muayene, ayakta tetkik, tedavi ve ilaç giderlerinin ödenmesi de kanun kapsamına dahil edilmiş, 2005 yılı başından itibaren yeşil kartlı anne veya babanın yeni doğan bebeğinin tedavi giderlerinin, anne veya babanın yeşil kartından karşılanması sağlanmıştır. Aynı Kanun değişikliği ile yeşil kartlıların gözlük, diş çikimi ve protez giderleri ile acil olarak hastaneye yatırılan ve tedavi gören kimselerin tedavi bedelleri de Kanun kapsamına alınmıştır. Kasım 2005 tarihinden itibaren Yeşil Kart hamili kimselerin askeri hastanelerden de hizmet almaları sağlanmıştır.

Yeşil Kart Bilgi Sistemi kurularak, yeşil kartlıların başvurusundan tedavi giderlerine kadar tüm bilgilerin bilgisayar ortamında tutulması ve izlenmesi sağlanmıştır.

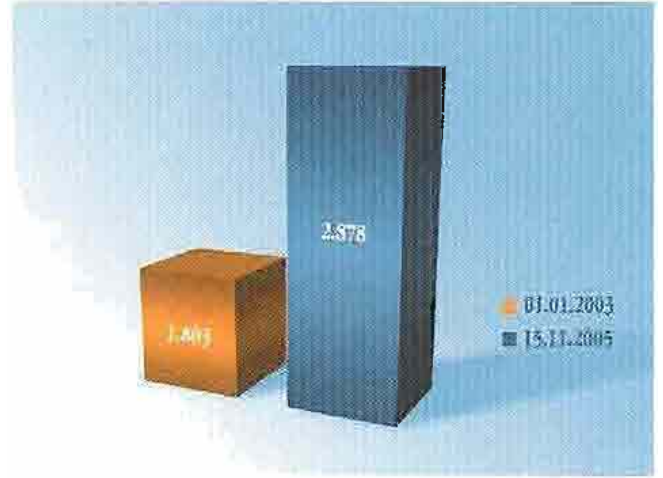
Yasa Dışı Organ Nakliyle Daha Etkin Mücadele

2238 Sayılı "Organ ve Doku Alınması, Saklanması ve Nakli Hakkında Kanun" değişikliği çalışmaları tamamlanarak Bakanlar Kuruluna sunulma aşamasına gelmiştir. Yeni düzenlemeler ile yasa dışı organ naklini engellemek amacıyla canlıdan organ nakillerinde hisimlik bağı şartı getirilmektedir. Kanuna aykırı olarak organ alan ve satanlara meslekten men dahil olmak üzere verilen cezalar ağırlaştırılmıştır. Organ ve doku nakli masraflarının sosyal güvenlik kurumları tarafından ödenmesindeki zorluklar ile sosyal güvencesi olmayan vatandaşlarımızın bu masrafların ödenmesi esnasında yaşadıkları zorluklar ortadan kaldırılmıştır.

15.2.2005 tarihinde TBMM'de "Organ Bağışı" konulu toplantı yapılmış, toplantı alanında organ bağışı masası kurularak milletvekili ve TBMM çalışanlarından organ bağışı alınmıştır.

Organ nakli bekleyen hastalara en uygun, en hızlı ve en adil şekilde organ dağıtımının temini için Ulusal Bekleme Listesi çalışmaları başlatılmıştır.

Kordon Kanı Bankacılığı Yönetmeliğinin yürürlüğe gir-



Şekil 6- Sağlık Bakanlığı diyaliz cihaz sayısı.

mesi ile özel sağlık kurum ve kuruluşları ile üniversiteler tarafından kordon kanı bankası açılması, faaliyetleri ve denetlenmesi ile ilgili usul ve esaslar belirlenmiştir.

Diyaliz Hizmetleri

Ülkemizde diyaliz hastalığı sıklığı 100 bin nüfusa 47 kişidir. Yaklaşık 35 bin diyaliz hastamız bulunmaktadır. Halen ülkemizde 274'ü Bakanlığımıza ait olmak üzere 555 merkez bulunmaktadır. Bu merkezlerde 2.878'i Bakanlığımıza ait olmak üzere 7.862 diyaliz cihazı mevcuttur. Bu merkezlerde 456 uzman hekim, 1.170 pratisyen hekim, 2.946 hemşire, 126 periton hemşiresi olmak üzere toplam 4.698 personel çalışmaktadır.

2006 yılı sonuna kadar tüm vatandaşlarımızın diyaliz ihtiyaçlarının yerinde karşılanması hedeflenmektedir. Altıyapısı ve hasta potansiyeli yeterli olan ilçelerde diyaliz birimi kurularak, çok küçük yerleşim birimlerinde ise hastanın en yakın diyaliz birimine taşınarak hizmetlerin genişletilmesi hedeflenmektedir. (Şekil 6)

Sağlıklı Dişler İçin Eğitim

Diş ve dişeti hastalıkları önlenebilir hastalıklar grubunda olmalarına rağmen %85'lere varan yüksek görülme sıklı-

Hastanesinin Başhekimisi 10-12 Ekim tarihleri arasında Hasta Hakları Hizmet İçi Eğitim aldı. 13-15 Ekim tarihleri arasında ise uygulamaya sonradan dahil edilen 71 Hastanesinin Kurul Başkanları ve Hasta Hakları Birim Sorumlularına eğitim verildi.

Eğitimden sonra 15 Kasım 2004 tarihinde Hasta Hakları Uygulamaları 81 il merkezinde 131 Devlet Hastanesinde başlatıldı, ve uygulama bir yıl içerisinde tüm ülkede yaygınlaştı.

Hasta Hakları Uygulamaları konusuna Bakanlığımızın verdiği önemin İl Sağlık Müdürlükleri tarafından anlaşılması ve uygulamanın yürütülmesinin nasıl sağlanacağı konusunda bilgi verilmesi amacıyla Hasta Hakları İl Koordinatörleri ile İl Sağlık Müdürlerini de kapsayan "Hasta Hakları Hizmet İçi Eğitimi" 23-27 Mayıs 2005 tarihlerinde Nevşehir'de yapıldı.

Hasta hakları konusundaki son gelişmeleri ve her türlü kaynak bilgiyi içersinde bulunduran hasta hakları web sayfası revize edilerek güncellendi. Ayrıca hasta hakları web sayfası İngilizce'ye çevrilerek tüm dünyanın kullanımına sunulmuş oldu.

En temel hasta haklarından olan Hekim Seçme Uygulaması Eylül 2004'de 9 hastane ile başlamış olup bugün itibariyle 47 hastaneye ulaşmıştır. Hekim seçme uygulamasına geçilen hastanelerde poli- klinik muayene oda sayıları ortalama %50 arttırılmıştır. Bu hastanelerimizde vatandaşlarımızın poliklinik bekleme süreleri azalmış, hekimin hastaya ayırdığı süre artmış ve hastaların istedikleri hekime muayene olabilmeleri mümkün hale gelmiştir. Hekim Seçme hizmetlerinin usul ve esaslarının belirlenmesi amacıyla kapsamlı bir yönerge çalışması yapılmaktadır.

Üniversitelerde Bakanlığımızın hasta hakları ve uygulamaları, hasta hakları nedir ve hasta-sağlık çalışanları ilişkileri konularında; Hacettepe Üniversitesi, Akdeniz Üniversitesi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Kocatepe Üniversitesi, Selçuk Üniversitesi'nde seminerler verilmiştir.

ıyla ülkemizde çok önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu nedenle ülkemiz bireylerinin doğumdan itibaren düzenli diş hekimi kontrolü ve eğitim yolu ile ağız diş sağlığı bilgilerinin artırılması, doğru tutum ve alışkanlıkların oluşturulması ve ayrıca koruyucu diş hekimliği uygulamaları ile hastalıkların yaygınlık ve şiddetinin azaltılması Bakanlığımızın öncelikli hedefleri arasındadır. Bu amaçla ilköğretim 1, 2, 3, 4 ve 5. sınıflarındaki 6-12 yaş grubu çocuklara yönelik olarak "Sürekli Ağız Diş Sağlığı Eğitim Programı" hazırlanmaktadır. Kapsamlı bir ağız diş sağlığı müfredatı ile uygulanmaya başlanacak olan eğitici ve koruyucu hizmetler sağlıklı ve bilinçli nesiller yetiştirilmesinde önemli bir adım olacaktır. Varolan sorunların giderilmesi ve tedavi ihtiyaçlarının karşılanması amacıyla diş hastaneleri, ağız ve diş sağlığı merkezleri ile diş tedavi ve protez merkezleri açılmaktadır. 2005 yılında 7 yeni ağız ve diş sağlığı merkezi açılmıştır. Ağız ve diş sağlığı merkezleri ve diş hastanelerimizdeki toplam diş ünite sayısı 585'den 778'e çıkarılmıştır. Bakanlığımız kurumlarında halen 4.250 diş hekimi çalışmaktadır.

Hemşirelik ve Ebelik Mesleği Yeniden Yapılandırılıyor

Hemşirelik ve ebelik mesleğinin yeniden yapılandırılması, hemşirelik ve ebelik hizmetlerinin güvenilirliğinin ve kalitesinin artırılması, hemşirelerin ve ebelerin görev yaptıkları alanlara uygun görev unvanları ile görev, yetki ve sorumluluklarının belirlenmesi amacıyla "Hemşirelerin ve Ebelerin Görev Tanımları" çalışmaları başlatılmıştır. Bu çalışma içerisinde evde bakım hizmetlerine de özel bir yer verilmektedir.

Bakanlığımız yataklı tedavi kurumlarında hemşirelik hizmeti içi eğitim çalışmaları düzenli olarak yürütülmekte ve 3'er aylık periyotlarla izlenmektedir. Kamu yönetiminde bürokratik formalitelerin azaltılması kapsamında valiliklere gönderilen bir genelge ile çalışmaların değerlendirilmesi sağlık müdürlüklerine devredilmiştir. Bu çalışmalar Hizmet İçi Eğitim Koordinatörleri (Hemşireleri) tarafından yürütülmektedir.

Hemşirelik hizmetlerinde, etkin ve kaliteli bir bakım hiz-

meti verilebilmesi ve bu hizmetlere duyulan güvenin artırılması amacıyla, özelliği olan bölümlerde çalışan hemşire, ebe ve sağlık memurlarına yönelik özel dal sertifika programları uygulanmaktadır. Bu programlar;

■ Yoğun Bakım Hemşireliği Kursu: Bu kursta 601 hemşire ve sağlık memuru sertifikalandırılmıştır.

■ Stoina Bakım Hemşireliği Kursu: Gazi Üniversitesi ile yapılan protokol gereği kurs her yıl devam etmektedir. 12 hemşire sertifikalandırılmıştır.

■ Acil Bakım Hemşireliği Kursu: 27 hemşire ve sağlık memuru sertifikalandırılmıştır.

Kemoterapi uygulayan hemşirelerin, bu ilaçların hazırlanması ve uygulanması sırasındaki olumsuz etkilerden korunmasına ilişkin Onkoloji Hemşireliği Derneği ile Onkoloji Hemşireliği Komisyonu kurulmuş "Antineoplastik İlaçlarla Güvenli Çalışma Rehberi" hazırlanarak basımı yapılmış ve tüm yataklı tedavi kurumlarına dağıtılmıştır. Kemoterapi uygulayan hemşirelere uygulama sırasında gerekli olan teorik bilgi ve uygulama becerisi kazandırmak amacıyla Kemoterapi Hemşireliği Kursu hazırlık çalışmaları devam etmektedir.

Hemşire kadrolarının ve niteliğinin artırılması Sağlık Bakanlığının öncelikli hedefleri arasında yer almıştır. Bu konuda yapılan ilk ve en somut düzenleme, hemşire ve diğer sağlık çalışanlarının Ek Gösterge Cetveli'nde yapılan değişiklik ile bu konudan kaynaklanan kayıplarının giderilmesi olmuştur. Örneğin, lisans mezunu 1. derecedeki hemşire ek göstergesi 2200'den 3000'e çıkarılmıştır. Hasta memnuniyetinin sağlanmasının yanı sıra, her türlü özveri ve gayretle hizmet sunma çabası içerisinde olan sağlık personelinin çalışma şartlarının iyileştirilmesi amacı ile 81 il valiliğine gönderilen genelgede; Muayene, tetkik, tahlil ve tedavilerini yaptırmak üzere sağlık kurum ve kuruluşlarımıza başvuran sağlık çalışanlarının (hekim, hemşire, ebe ve sağlık memuru vb) görevlerinden kaynaklanan özel durumları dikkate alınarak sıra gözetilmeden, öncelikle ve bekletilmeksizin muayene ve tedavilerinin sağlanması için gerekli düzenlemeler yapılması hakkında talimatı verilmiştir.

Uygulamada ebe, hemşire ve sağlık memurlarının; vezne görevlisi, mutemet, döner sermaye memuru, santral memuru, danışma görevlisi, tutukevlerinde üst arama memuru gibi görevlerde çalıştırıldıkları Bakanlığımıza iletil-

Genel Müdürlüğümüz tarafından hazırlanan ve tüm masrafları Avrupa Birliği Mesleki Eğitim Programı A tipi Leonardo da Vinci projesi kapsamında yer alan "Türkiye'de Hasta Hakları Uygulamalarının Yaygınlaştırılması" projesi Ulusal Ajans tarafından kabul edilmiştir. Bu proje kapsamında Hollanda'daki sağlık sistemini ve Hasta Hakları Uygulamalarını görmek üzere 03-10 Eylül 2005 tarihleri arasında Hollanda'ya ziyaret gerçekleştirilmiştir.

Hasta Hakları ve Uygulamaları Konusunda "Toplum Bilinçlendirme Eğitimi Projesi" tamamlanarak, uygulanmak üzere Hasta Hakları İl Koordinatörlüklerine gönderilmiştir. Bu proje ile 100.000 vatandaşın yıl sonuna kadar eğitilmesi hedeflenmiştir. Bu proje kapsamında halka hasta haklarının neler olduğu ile ilgili kapsamlı eğitimler verilecektir.

3 Ekim 2005 tarihinde 283 hastane daha uygulamaya başlamış toplam hastane sayısı 414'e ulaşmıştır. Şu anda ülkemizde 100 yatak ve üzeri tüm hastanelerde uygulama başlatılmıştır.

Ülke genelinde, hasta hakları konusunda hizmet içi eğitim almış ve konusunda uzman yaklaşık 1000 kişiyle hasta hakları uygulamaları yürütülmektedir.

Hasta hakları uygulamalarının geliştirilmesi kapsamındaki 2006 yılındaki hedeflerimizi şöyle sıralamak mümkündür:

- 2006 yılı sonu itibariyle Bakanlığımıza bağlı tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta hakları uygulamasının başlatılması,
- Her yıl ulusal düzeyde hasta hakları sempozyumu düzenlenmesi,
- Yaşam boyu eğitim kapsamında sağlık çalışanlarının ve halkın eğitimlerinin sürekli hale gelmesi,

Hasta hakları kültürünün oluşturulması hedeflenmektedir.



mektedir. Ebe, hemşire ve sağlık memurlarının belirlenmiş görev, yetki ve alanları ile temel eğitim, hizmet içi eğitim görev ve unvanlarına uygun olarak çalıştırılmaları gerekmektedir. Ebe, hemşire ve sağlık memurları sağlık hizmetleri dışında çalıştırılmamalı, mevzuat ile belirlenen görev ve yetkileri dışında görev verilmemelidir, denmiştir. 657 sayılı Kanun'un 104. maddesinin (A) bendinde, "Memura doğum yapmasından önce 8 hafta ve doğum yapıtı tarihten itibaren 8 hafta olmak üzere toplam 16 hafta süre ile aylıklı izin verilir. Memurlara bir yaşından küçük çocuklarını emzirmeleri için günde toplam 1,5 saat süt izni verilir. Süt izninin kullanımında annenin saat seçim hakkı vardır." şeklinde düzenleme yapılarak valiliklere tebliğ edilmiştir.

Bakanlığımıza bağlı kurum ve kuruluşlarda görev yapan kadın personelin gebeliklerinin 24. haftasını tamamladıktan sonra doğum öncesi izne ayrılıncaya kadar ve doğum yapanların da süt izni süresince hizmeti aksatmayacak şekilde zaruret olmadıkça nöbete girmemeleri sağlanmıştır. Hizmette 25 yılını doldurmuş sağlık personelinin, hizmetin aksatılmaması kaydıyla mümkün mertebe nöbet hizmetlerinden muaf tutulmaları sağlanmıştır.

Özel Sektör

Bakanlık olarak sağlık hizmet sunumunda özel sektöre de önem verilmektedir. Sağlık hizmetinin gerektirdiği standartlardan taviz vermeden, özel sektörün yatırım yapmasını engelleyen ve zorlaştıran mevzuat değiştirilerek sağlığa yatırım yapmaları teşvik edilmektedir. 2005 yılının sonuna kadar 20 özel hastane açılmasına izin verilmiştir. Böylelikle özel hastane sayısı 291'e, yatak kapasitesi ise 14.920'ye ulaşmıştır. 2005 yılında ayrıca 32 özel hastane için yatırım ön izni verilmiştir. Sağlık sektöründe halen var olan kamu ve özel ayrımının ortadan kaldırılması, sağlık kurum ve kuruluşlarının mülkiyet sahipliğine bakılmaksızın aynı fiziki, tıbbi, personel ve hizmet standartlarına sahip olmasını öngören yeni bir yönetmelik hazırlığı çalışmalarını sonuç aşamasına gelmiştir. 2006 yılında bu yönetmeliğin yürürlüğe girmesi planlanmaktadır.

Benim hemşirem

Prof. Dr. Sabahattin AYDIN
SB Diyalog, Sayı 11

Sağlık hizmeti insan odaklı bir hizmettir. Doktorundan hastabakıcısına kadar her aşamada sabır ve fedakarlık kaçınılmazdır. Yoğun mesailerin geceyi gündüze, gündüzü geceye devşirdiği, kaderin mutsuz yüzü ile tanışmış insanların mutlu edilmesi uğruna mutlulukların feda edildiği bir ömre mahkum olmak vardır bu yolda.

Sağlık hizmeti hekimle sembolleşmiştir. Ancak bu ekibi güçlü kılan, hastasına hizmette etkili ve başarılı kılan ekibin diğer üyeleridir. Ekibin içinde yönetici ve yönlendirici sorumluluğu hekimde olmakla birlikte hasta ile daha sık temas eden, işin teknik yönünü omuzlayan ve iletişimde esas rolü oynayan, hem tedavi edici hem eğitici hem bakıcı olan hemşiredir.

Bir anne şefkati ile ağlayan bebeği kucaklamak zorundadır, daha anne olmadan. Her çalışan anne gibi kendi yavrusunu öksüzlüğe emanet edip, servisindeki bebeklerin bakımını üstlenmek gibi bir mecburiyeti vardır.

Acı çeken hastanın enjeksiyonunu yapma ve acısını dindirme telaşı içinde iken, verdiği acı nedeniyle hastanın tepkisini göğüslemek düşer ona. İstirapla sabahı bekleyen hastanın teselli bulacağı, gece boyunca defalarca yanına çağırarak sıkıntısına ortak edeceği ve doktora yapamadığı karpisine, gösteremediği tepkisine muhatap kılacağı kişidir o.

Bir evladın hayatı boyunca kendisinden destek isteyen, saygı bekleyen sadece bir tane hasta ve yaşlı anne-babası olabilir. Onlara saygı göstermesi, tahammül etmesi bir gereklilik, bir ödev iken, bazen bunu yapamayan nicelerine şahit oluruz. Ama o her hastayı kendi hastası olarak, her yaşlıyı kendi anne ve babası olarak sürekli gözetmek durumundadır. Sevmek, bakmak, sabretmek zorundadır.

Yaşlı teyzemin, ninemin, dedemin koluna girip yürüyüşünde destek olur, dayanak olur, baston olur. Onlara göstereceği şefkat anlık değil sürekli. Bu hastalardan kendi çocuklarının, kendi yakınlarının bazen esirgediği saygı ve şefkati onlara gösterir, göstermelidir, çünkü hemşiredir.

Yatağında gözünü aralayan hastanın karşısında ilk gördüğü gülümseyen yüzdür. Sıkıntısından taşkınlaşan garibin ilk hiddetlendiği, kızdığı kişidir de. Annedir, dosttur, kız kardeşdir, hemşiredir o. Kadın duyarlığı, anne şefkati, evlat sorumluluğu birlikte kutsal görevde düğümlenir ve hepimizin kız kardeşi, hemşiresi oluverir.

Tarıya Dayalı Paket Fiyat Uygulaması

Sosyal güvenlik kuruluşları ile Bakanlığımız arasında yapılan görüşmeler neticesinde sağlık hizmetlerinde tarıya dayalı, paket fiyat uygulamalarına geçilmiştir. İlk olarak 2005 yılında Tarıya Dayalı Paket Fiyat Listesi yayınlanmış olup, söz konusu listede toplam 2.026 adet işlemin paket fiyatı belirlenmiştir.



Tıbbi Cihazlarda Kalibrasyon alışmaları

Teşhis ve tedavide önemli yeri olan tıbbi cihazların kalibrasyonu büyük önem taşır. Bu konuda pilot uygulama için Ankara'da Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi bünyesinde bir "Kalibrasyon Laboratuvarı" kurulmuştur. Referans niteliğinde olacak ve bölgeye hizmet edecek bu kalibrasyon laboratuvarı alt yapı, eğitim, donanım ve dokümantasyon bakımından kullanılmaya hazır hale getirilmiştir.

Kısırlık Tedavi Giderlerinin Karşılanması

Kısırlık tedavisinde, bir tedavi yöntemi olarak kabul edilen tüp bebek uygulamalarının usul ve esaslarını belirleyen, tüp bebek tedavisine ait giderlerin kişilerin bağlı buldukları kurumlarca veya ilgili sosyal güvenlik kurumlarınca karşılanabilmesini sağlayan düzenlenmeler, ilk olarak 2005 Yılı Bütçe Uygulama Talimatı ile yrrlge konulmuştur.

Uyuşturucuyla Etkin Mücadele

Uyuşturucuyla mücadele kapsamında hizmet veren tedavi merkezlerinin kapasitelerinin artırılması, çalışmalarının standardize edilmesi ve tedavi boyutunda yeni uygulamalar eklenebilmesi için "Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezleri Yönetmeliği" ıkarılmıştır.

Bu yönetmelik hükümleri gereğince oluşturulan "Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezleri Bilim Komisyonu"na alınan kararla, AMATEM Merkezlerinden Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezleri (EMCDDA) ile uyumlu olacak şekilde veri toplama çalışmalarına başlanılmıştır.

Bölgesel Kan Merkezleri

Kan ve kan ürünlerinin, gerekli olduğunda hastalarımızın hizmetine en hızlı şekilde ve zahmetsiz ulaşmasını sağlamak amacıyla bölgesel kan merkezlerinin kurulması ve mevcut kan merkezlerinin yurt çapında yeniden organizasyonu için yasa tasarısı hazırlanmış ve Bakanlar Kuruluna sunma aşamasına getirilmiştir.

Kan Merkezleri, Transfüzyon Derneği ve Bakanlığımızca düzenlenen seminer çerçevesinde Adana-Hatay-Osmaniye-Mersin illerinde hekim ve diğer sağlık personeline kan transfüzyonu konusunda eğitim toplanılan yapılmıştır.

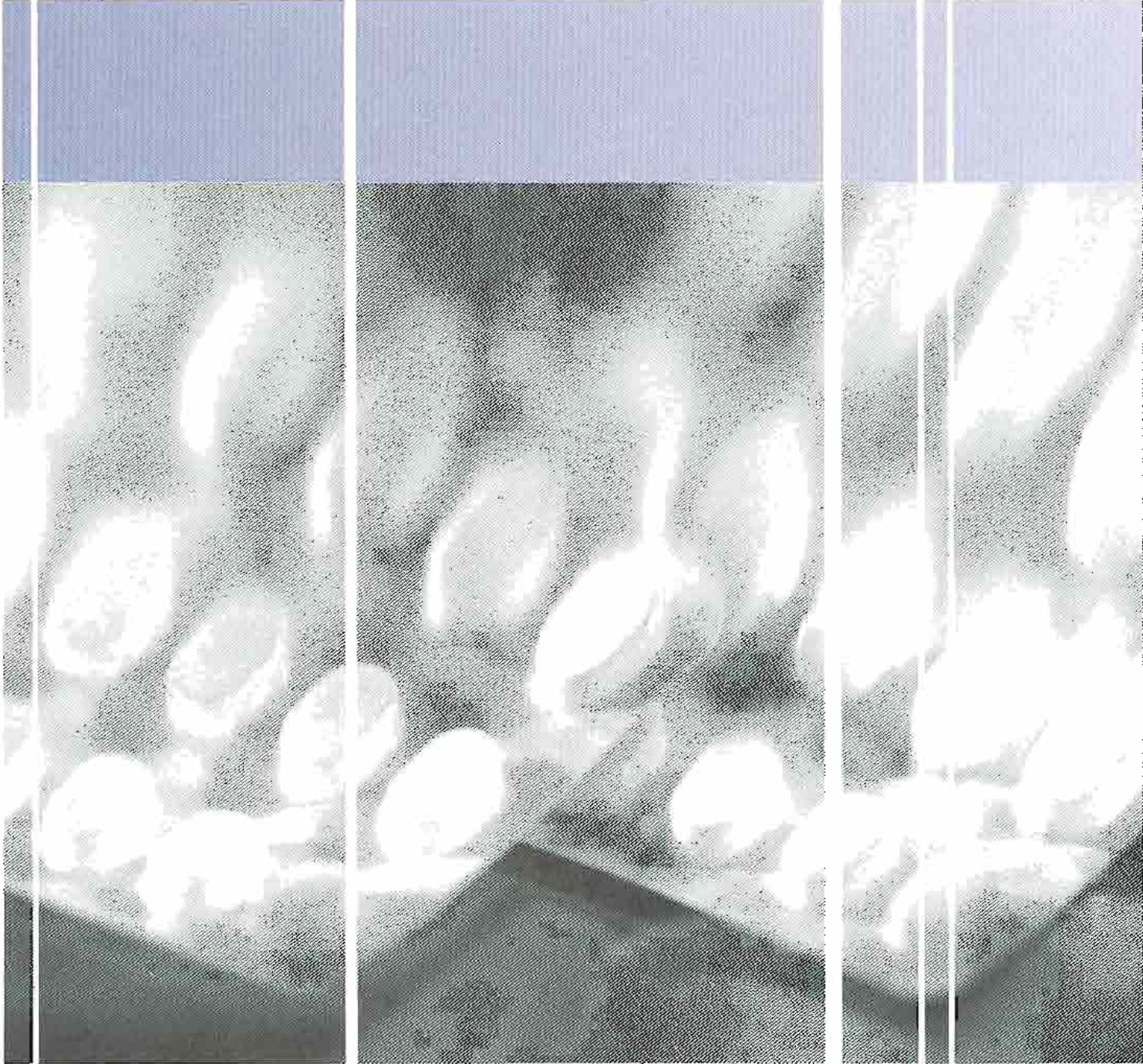


Sağlık Hizmeti Sunumunda Özel Gruplara Kolaylık

Özel gruplara yönelik olarak sunulmakta olan sağlık hizmetlerinin kolaylaştırılmasını sağlamak amacıyla 23.9.2005 tarih ve 18.333 sayılı genelge yayınlanarak 81 il valiliğine dağıtımı yapılmıştır. Söz konusu genelge ile kurumlarımızdan; özürlü bireylere ve Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu bünyesinde bakım-barınma ve sosyal destek hizmetlerinden faydalanan tüm kişilere, muayene ve diğer hizmet birimlerinde mümkün olduğunca öncelik verilmesi, sunulan sağlık hizmetlerinin daha etkin ve sağlık hizmetlerinden yararlanmalarını kolaylaştırmak üzere düzenlenmesi; sağlık güvencesi olmayan ve muhtaç durumdaki özürlü kişilerin tespit edilerek yeşil kart kapsamına alınması için gerekli bilgilendirmelerin yapılması ve başvuru işlemlerinde yardımcı olunması; tüm sağlık hizmeti veren kuruluşlarımızda, toplumun bilgilendirilmesi amacıyla özürlülüğün önlenmesinden başlayarak, özürlü bireylerin engelleriyle birlikte iyi bir hayat sürdürebilmeleri ve ailelerin bilgilendirilmesi ko-

nularında eğitimlerin, planlanması ve düzenli olarak yapılmasının sağlanması hususlarında gerekli tedbirlerin alınması istenilmiştir.

İlaç ve Eczacılık Hizmetleri





Beşeri tıbbi ürünler, sağlık hizmetinin vazgeçilmez unsurlarıdır. Bu ürünlerin imal, ithal ve piyasaya arz şekillerini izne bağlamak, kaliteli ve güvenilir olarak, istenilen etkinlik ve uygun fiyatlarla, sürekli ve kolay erişilebilir bir şekilde halka ulaşmasını temin etmek Sağlık Bakanlığının ana görevlerinden- dir. İlaçların akılcı kullanımını sağlayacak tedbirler almak, bu amaçlarla gerekli eğitim, denetim ve kontrolleri yapmak, ilaç ve eczacılık hizmetleri ile ilgili norm ve standartları, ruhsatlandırma işlemlerinde uygulanacak esas ve usulleri belirlemek de Bakanlığımızın yetki, görev ve sorumluluk alanında olan konulardır. 1262 sayılı Yasa ve yürürlükteki yönetmelikler çerçevesindeki bu görevler İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü (IEGM) tarafından yerine getirilmektedir. Türkiye’de ilaçların içinde yer aldığı beşeri tıbbi ürünlerle ilgili tek otorite İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğüdür.

Yeni Ruhsatlandırma Yönetmeliği

2005 sonunda yürürlüğe giren yeni Ruhsatlandırma Yönetmeliği ile, 2006 yılından itibaren yapılacak ruhsat başvurularında, firmalardan kaynaklanan gecikmeler dışında, işlemlerin azami 210 günde tamamlanması gerekecektir. Bunu gerçekleştirmek için 40’i eczacı olmak üzere 50’den fazla yeni personel ile IEGM (İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü) kadrosu güçlendirilmiştir. Komisyon sayıları artırılmış ve böylece komisyonlarda dosya bekleme süresi kısalmıştır.

Yeni Ruhsat Yönetmeliği CTD (Ortak Teknik Doküman) formatında dosyayla müracaatı gerektirdiğinden, firmalar tarafından eski yönetmeliğe tabi olmak için çok sayıda yeni ruhsat müracaatı yapılmıştır. Bu dosyaların değerlendirilmesi komisyonlarda bir süre daha yoğunluğa sebep olacaktır.

2004 yılında yetersiz olan genel müdürlük binası değiştirilerek, imkanları daha iyi olan yeni hizmet binasına taşınmıştır. Bu taşınma işi yığılmasına yol açtığı halde, ruhsatlandırmada ve öteki işlemlerde önceki yıllara göre artış gerçekleşmiştir.

İlaçta Veri Koruması ve Veri İmtiyazında Avrupa Birliği Uyumlaştırması

Gümrük Birliği Anlaşması ve 2/97 sayılı Ortaklık Konseyi Kararı’ndan kaynaklanan yükümlülüğümüz, ruhsatlandırma işlemlerinde uyumlaştırmayı öngörmekteydi. İlgili Avrupa Birliği (AB) direktifi doğrultusunda hazırlanan 19 Ocak 2005 tarihli ve 25705 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren Beşeri Tıbbi Ürünler Ruhsatlandırma Yönetmeliği ile veri imtiyazı iç mevzuatımıza dahil edilmiş oldu. Yönetmeliğin veri imtiyazını hükme bağlayan maddesiyle, Gümrük Birliği alanında yer alan ülkelerden herhangi birinde, 1 Ocak 2001 tarihinden sonra ilk defa ruhsatlandırılmış orijinal ürünlerden 1 Ocak 2005 tarihine kadar Türkiye’de



herhangi bir jenerik ruhsat başvurusu yapılmamış olanlar ile bu ülkelerden birinde 1 Ocak 2005 tarihinden sonra ilk defa ruhsatlandırılacak orijinal ürünlere alu yıllık veri imtiyazı tanınması kabul edilmiştir. Bu süre molekülün Türkiye'deki patent süresi ile sınırlandırılmıştır. Yönetmeliğin bu hükmü 1 Ocak 2005, diğer hükümleri ise 30 Aralık 2005 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Böylece hem AB için yükümlülüğümüz yerine getirilmiş hem de geliştirici firmaların fikri ve sınai mülkiyet hakları koruma altına alınmıştır. Veri imtiyazı ülkemizin AB'ne asıl üyeliğine kadar alu yıla sınırlandırılmıştır.

İlaç tüketimi yüksekliğinin sosyal güvenlik kurumlarını mali yönden sarstığı ve sağlık harcamaların sürdürülebilirliğini zora sokan kaynak sorunlarına yol açtığı bilinmektedir. Yeni yönetmelik veri imtiyazı süresini öngörmekle birlikte, ilgili maddenin yürürlük tarihi olan 1 Ocak 2005 tarihine kadar ya-

pılmış olan jenerik ürün başvurularında hakların korunmasına yönelik hüküm, kamu maliyesini rahatlatan gelişmeleri de beraberinde getirmiştir.

İlaç harcamalarının %80'ini karşılayan kamu maliyesinin yükünü artıracak endişesine rağmen, uluslararası yükümlülüklerimiz gereği iç mevzuatımıza dahil etmek zorunda olduğumuz patent ve veri imtiyazı uygulamalarıyla yabancı yatırımların ülkemizi tercih etmesi beklenmektedir. Yabancı sermaye yatırımlarıyla ülkemize teknoloji transfer edilecek, yetişmiş insan gücümüzün istihdamı sağlanacak ve rekabet sonucu, ülkemizdeki ilaç sektörünün daha yeni teknolojilere ve Ar-Ge çalışmalarına yatırım yapması teşvik edilmiş olacaktır.

Akılcı ilaç kullanımına doğru

Dr. Orhan Fevzi GÜMRÜKÇUOĞLU
SB Diyalog, Sayı 10

İlaç; insanlarda hastalıklardan korunma, tanı, tedavi veya bir fonksiyonun düzeltilmesi ya da insan yararına değiştirilmesi için kullanılan genellikle bir veya birden fazla yardımcı madde ile formüle edilmiş etkin madde veya maddeleri içeren bitmiş dozaj şeklidir.

İlaç, insanların yaşamı ve sağlıkları ile doğrudan doğruya ilgili olması bakımından, çok kez fiyatına bakılmaksızın alınma zorunluluğu olan kendine özgü bir tüketim malıdır. İlacın bu özelliği ona " O'NSUZ OLUNAMAZ" niteliğini kazandırmıştır.

İlaç, 1800-1900 yıllarında yalnızca hastayı, hekimi ve eczacıyı ilgilendirmekte iken günümüzde ayrıca, endüstriyi, ekonomik ve mali çevreleri, akademik kuruluşları, basını (yazılı ve sözlü), kamuoyunu, politikayı, sağlık sigorta kuruluşlarını ve çeşitli sağlık örgütlerini, kuruluşlarını da ilgi çerçevesi içine almaktadır. Başka bir deyişle ilacın etki alanları artmıştır.

Genel olarak ilaç tüketimini etkileyen faktörler aşağıdaki şekilde sıralanmaktadır.

■ Bilim ve Teknolojideki Gelişmeler

AR-GE faaliyetlerinin ürünü olan yeni ve etkili ilaçlar tıbbın hizmetine sunulmakta, bu buluşlar ilaçlara olan talebi ve dolayısıyla ilaç tüketimini de hızla arttırmaktadır.

■ Sosyo-Ekonomik ve Demografik Faktörler

Bir ülkenin ekonomik ve kültürel seviyesi de ilaç tüketimini etkileyen unsurlardan olmaktadır. "İLAÇ KULLANMA KÜLTÜRÜ" bilinçli ilaç tüketimi konusunu gündeme getirmektedir. Verilen sağlık hizmetlerinin kalitesinin de tüketim üzerinde büyük etkisi vardır.



İlaç Fiyatlarında İndirimler

Bakanlığımız kanunlar ile kendisine verilen yetkileri kullanarak hem Sosyal Güvenlik Kurumları üzerindeki yükü azaltıcı, hem de AB kriterlerine uyan bir düzenlemeyi 2004 yılında gerçekleştirmişti. Kamu maliyesinin yükünü hafifletmek amacıyla yürürlüğe konulan Fiyat Kararnamesi uyarınca, Maliye Bakanlığı başkanlığında oluşturulan Geri Ödeme Komisyonu'nun çalışmaları sonucunda, sosyal güvenlik kurumlarının tek geri ödeme sistemine tabi olması konusunda önemli aşama kaydedilmişti. Bu sistemle en ucuz eşdeğer ilacın %30 fazlasına kadar olan ürünlerin ödenmesi kuralı getirilmişti. Bu uygulama ile sepetin dışında kalan bazı ilaçlar, en büyük alıcı olan kamunun "ödeme kapsamı"na girebilmek için fiyatlarını düşürmek zorunda kalmıştı. Böylece kamu maliyesine tasarruf sağlanmıştı. Yine aynı kararname gereğince, ilaçlarla ilgili ülke fiyat politikasını belirlemek üzere ilgili kurum ve kuru-

luşların katılımıyla ve Bakanlığımızın başkanlığında oluşturulan Fiyat Değerlendirme Komisyonu kararıyla, 2005 yılında tüm ilaçların fiyatlarında %8.83 oranında indirim uygulanmak suretiyle kamu maliyesinin tasarrufu sürdürülmüştür.

2005 Yılında İlaç Geri Ödemesindeki Gelişmelerin Kronolojisi

- 1 Ocak Reçetesiz İlaçlarda KDV İndirimi (%8),
- 1 Ocak Yeşil Kartlıların Ayaktan Hasta Reçetelerinin Ödenmeye Başlanması,
- 10 Şubat SSK Mensuplarının Serbest Eczanelerden İlaç Alımının Başlaması,
- 10 Şubat SSK ve Bağ-Kur'da Uygulanan Eşdeğer İlaç Uygulamasına Emekli Sandığı'nın da Dahil Edilmesi ve 77 Etken Maddede Eşdeğer İlaç Uygulamasının Başlatılması,

● İlaç Endüstrisinin Yapısal Özellikleri

Endüstrinin ilaç konusunda izlediği politikanın tüketime etkisi sözkonusudur. Ülkemizde ilaç tüketiminin ilk sırasında antibiyotikler ve analjezikler yer almaktadır.

Tanım olarak; "Bir hastalığın önlenmesi, kontrol altına alınması veya tedavi edilmesi için doğru ilaçların, uygun nedenlerle, gerektiği zamanlarda, uygun hastalara, gerektiği miktarda ve uygun fiyatla ulaştırılmasıdır".

Akılcı ilaç kullanımı konusunda ilgili ve ilişkili olduğunu gördüğümüz çeşitli gruplardan bahsedebiliriz. İlgili yada ilişkili olsun tüm kesimlere farklı görev ve sorumluluklar düşmektedir.

● Hükümetlerin sorumluluğu

Tüm nüfusun ihtiyaçlarını karşılayacak yeterli bir sağlık sistemi içerisinde belirgin bir ulusal sağlık ve ilaç politikasını saptamak; ulusal ilaç politikalarını formüle etmek; temel ilaçlar programlarını geliştirmek; ilaç konusunda ulusal yasal düzenlemeler yapan otoritelerini kurmak ve kuvvetlendirmek; ilaçla ilgili bilgilendirmenin tarafsız ve eksiksiz olmasını sağlamak; halkı bilgilendirmek; sağlık çalışanlarının eğitimini iyileştirmek; ödenebilir fiyatlarda iyi kalitede ilaçların bulunabilirliğini sağlamak; ilaç tanıtımı ve denetlenmesi konusunda uygun etik normları tesis etmek; dağıtım sistemlerini iyileştirmek; ilaçların reçetelenmesi, dağıtımı ve satışından kimin yetkili olacağı ve hangi ilaçların reçetesiz satılabileceği konusunda karar vermek; ve gerekli olan mevzuatı çıkarmaktır.

● Farmasötik endüstrinin sorumluluğu

Tüm ilgili taraflara (hükümetlere, reçete yazanlara ve tüketicilere) farmasötik ürünler hakkında tam ve tarafsız bilgilendirmeyi sağlamak; iyi üretim uygulamalarını takip etmek; tesis edilen ilaç promosyon normlarına uymak ve farklı ülkelerde çifte standarttan kaçınmak; kabul edilebilir kalitede düşük maliyetli ilaçlarla, gelişmekte olan ülkelerin ihtiyaçlarına cevap vermek; ve ihmal edilmiş alanlarda, özellikle gelişmekte olan ülkelerin sağlık sorunlarını çözmek üzere ihtiyaç duyulan yeni ilaçlar geliştirmektir.



10 Şubat Tüm Kamu İlaç Alımlarında Pozitif Liste Uygulaması,

19 Şubat SSK Sağlık Tesislerinin Devri ve SSK Eczanelerinin Kapatılması,

25 Mayıs Yeşil Kart Sahiplerinin Katkı Payı Ödemesine başlaması,

1 Temmuz Eşdeğer İlaç Uygulamasının Genişletilmesi (77 yerine 333 grup),

15 Temmuz İlaç Fiyatlarında Ortalama %8.83 Oranında İndirim Yapılması,

10 Eylül İzleme, değerlendirme ve karar destek sisteminin ilk versiyonunun devreye sokulması.

2006-2007 Yıllarındaki Hedefler

15 Aralık 2006 Tüm geri ödeme kurumlarının aynı kurallarla ilaç ödemesine başlaması,

Ağustos 2006 İlaç geri ödemesinde yönetim, karar, provizyon, kontrol ve ödeme süreçlerinin tümüyle birleştirilmesi,

Ekim 2006 İzleme, değerlendirme ve karar destek sisteminin ikinci versiyonunun devreye sokulması,
Ocak 2007 Doktorların teşhis ve tedavi uyumuna, reçeteleme alışkanlıklarına yönelik periyodik geri bildirimlerin doktorlara ve politika üreticilerine ulaştırılmasıdır.

AB Mevzuatına Uyum Çalışmaları

Mevzuatımızın AB mevzuatına uyumlaştırılması sürecinde yayımlanan mevzuat çalışmaları şunlardır:

2005 Yılında Yürürlüğe Giren Mevzuat

Beşeri Tıbbi Ürünler Ruhsatlandırma Yönetmeliği ve değişikliği ile eki olan CTD (Ortak Teknik Belge) ve ona bağlı altı kılavuz,

Kozmetik Kanunu ve Yönetmeliği ile yedi adet tebliğ, Beşeri Tıbbi Ürünlerde Kullanılan Renklendiricilerle İlgili Tebliğ,

■ Reçete yazanların sorumluluğu

Sağlıkla olduğu kadar sosyal ve ekonomik kriterlere uygun olarak akılcı bir biçimde reçete yazmak, başka bir deyişle; akılcı ilaç yazma alışkanlığı oluşturup gerekli ilaçları, tedavi maliyetini göz önünde tutarak önermek; uygun bilgilendirmeyi tedarik etmek; ve eksiksiz, doğru (gerçeği yansıtan) bilgilendirmede ısrarcı olmaktır.

■ Üniversiteler, öğretim kurumları ve profesyonel (mesleki) örgütlerin sorumluluğu
İlaçların akılcı kullanımı konusunda, çeşitli kategorilerdeki sağlık çalışanlarının eğitimini iyileştirmek; temel ilaçlar kavramının tanıtılmasını sağlamak; sürekli eğitimi sağlamak; ilaç sempozyumlarının etik normlara uymasını sağlamak; ve uygun sağlık hizmeti ve ilaç tedavisinde genel bilgilendirmeyi tedarik etmektir.

■ Halk, hastalar ve tüketici gruplarının (kuruluşlarının sorumluluğu)

Halk için gerekli olan uygun ve kaliteli bilgilendirmeyi azami biçimde sağlamak; ilaç konularında tüketicilerin eğitiminde hükümetler ve hükümet dışı organizasyonlarla sorumluluğu paylaşmak; ilaç tanıtımında tesis edilen normlara uyumluluğu istemek, başka bir deyişle, etik normlara bağlı kalınmasını sağlamak ve bu konuda dikkatli bir şekilde izleme çalışmasını sürdürmek ve şüpheli ihlaller konusuna sağlık otoritelerinin dikkatini çekmek; ve temel ilaçlar programını desteklemektir.

■ Kitle iletişimin (basın-yayın kuruluşlarının) sorumluluğu

Akılcı ilaç kullanımı konusu çok önemli ve yüzeysel ilginin yetmeyeceği kadar karmaşık bir konu olup, geniş kitlelere seslenen basın-yayın araçlarının, hastalara verilen zarara bakılmaksızın sıklıkla yaptığı gibi de, çok basite indirgenemeyeceği gözönüne alınarak ilaç tedavisini de içine alan sağlık konularında ilgili ve dengeli bilgilendirmeyi sağlamak; ilaç tedavisinde uygun kullanım konusunda halkın eğitimine ortak olmak; ilaç tanıtımında etik normlara uygun olan elverişli bilgileri vermek ve uygun olmayan elverişsiz yayımları yapmamaktadır.

İlaç kullanımında eldeki terapötik imkanları, fayda-maliyet oranını da değerlendirmek gerekir. Hatalı kullanımlar geri dönüşümü olmayan yan etkilere neden olabilmektedir. Akılcı ilaç kullanılmaması reçetelerdeki ilaç sayısının artmasına, daha

Beşeri Tıbbi Ürünlerin Sınıflandırılması Hakkında Yönetmelik ve eki olan kılavuz,

Beşeri Tıbbi Ürünlerin Güvenliğinin İzlenmesi ve Değerlendirilmesi (Farmakovijilans) Hakkında Yönetmelik ve eki olan kılavuz,

Beşeri Tıbbi Ürünler Ambalaj ve Etiketleme Yönetmeliği,

Beşeri Tıbbi Ürünlerin Tanıtım Faaliyetleri Hakkında Yönetmelik (Yürütme durdurulmuştur).

Sağlıkta Dönüşüm Çerçevesinde Ulusal İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Kuruluyor

Ulusal Programda belirtilen ilaç ve tıbbi cihaz kurumunun kurulması çalışmaları devam etmektedir. İlaç ve tıbbi cihaz kurumunun kurulması ile halk sağlığının korunması, sosyal politikaların desteklenmesi ve ilaca en kolay, en ekonomik yolla ulaşılması, bilimsel ve teknolojik gelişmelerin takibi ve ülkemizde ilaç sanayisini daha ileriye götürecek açılımların gerçekleştirilmesi amaçlanmıştır.

İlacın Adı	15 Temmuz 03	15 Temmuz 05	%
Zocor 10 mg 28 Tablet (Kolesterol Düşürücü)	50,365,900	10,820,000	78.52
Emedur 5 Suppozituar (Bulantı Kesici)	5,649,000	2,100,000	62.83
Prozac 20mg 70ml Likit (Depresyon İlacı)	25,396,000	9,910,000	60.98
Duocid 250 mg 40 ml Süspansiyon (Antibiyotik)	16,020,000	7,740,000	51.69
Zitromax 200 mg 30 ml Süspansiyon (Antibiyotik)	27,820,000	13,820,000	50.32
Augmentin BID 1000 mg 10 Film Tablet (Antibiyotik)	31,928,800	17,100,000	46.44
Tilcotil 20 mg 10 Tablet (Ağrı Kesici)	11,536,700	6,370,000	44.78
Zinnat 250 mg 10 Tablet (Antibiyotik)	31,282,500	17,300,000	44.7
Monopril 20 mg 20 Tablet (Kalp-Tansiyon İlacı)	40,000,000	22,810,000	42.98
İnhibace 1 mg 30 Tablet (Kalp İlacı)	14,260,900	8,320,000	41.66
Cefatin 250 mg 10 Film Tablet (Antibiyotik)	31,282,500	18,300,000	41.5
Apranax 275 mg 20 Tablet (Ağrı Kesici)	6,008,600	3,780,000	37.09
Viagra 100 mg 4 Film Tablet	103,517,100	66,370,000	35.88
Beloc Zok 100 mg 20 Tablet (Kalp-Tansiyon İlacı)	15,711,800	10,720,000	31.77
Norvasc 10 mg 20-30 Tablet (Tansiyon İlacı)	39,517,200	30,420,000	23.02
Aspirin 500 mg 20 Tablet (Ağrı Kesici)	1,123,000	1,000,000	10.95
Gripin 500 mg 1 Kaşe (Ağrı Kesici)	111,900	100,000	10.63
Vermidon 500 mg 20 Tablet (Ağrı Kesici)	1,532,200	1,380,000	9.93

Sık Kullanılan Bazı İlaçlar.

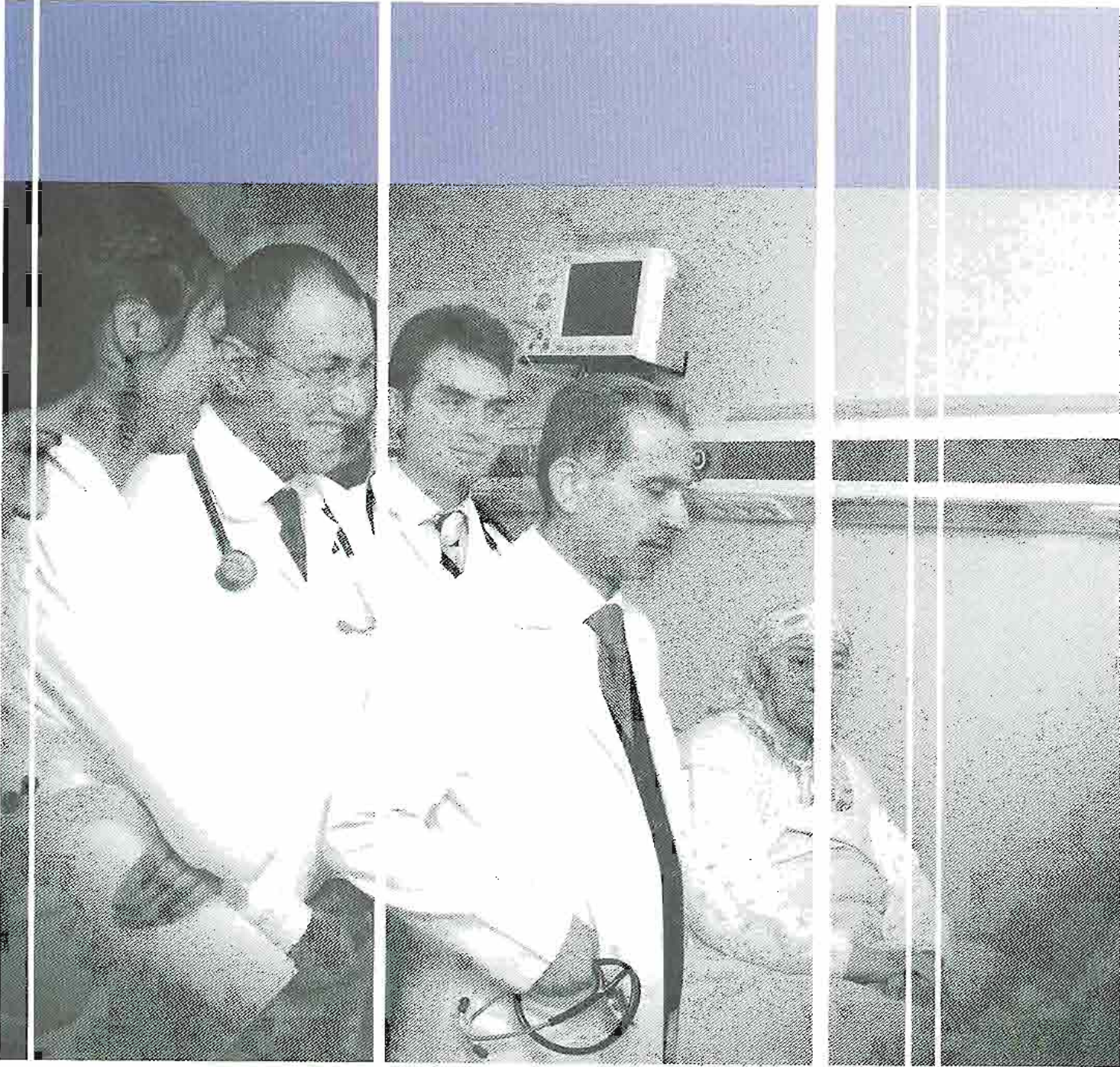
ucuz alternatiflerinin olmasına rağmen, daha pahalı olanlarının tercih edilmesi ülke ekonomisi açısından da büyük sorun oluşturmaktadır.

Hekim, eczacı ve tüketicilerin akılcı ilaç kullanımı konusunda sürekli bilgilendirilmesi ve eğitim verilmesi gerekmektedir. Ülkemizde ulusal ilaç politikası doğrultusunda yapılan işler izlenmeli, bilimsel veriler bağlamında gerek müdahale öncesi mevcut durumun tespiti gerekse müdahale sonrası başarıyı ölçmek amacıyla araştırma ve izleme-değerlendirme kriterleri geliştirilmelidir. Türkiye'de ilaçların kullanımına ilişkin epidemiyolojik verilerin elde edilmesi önemli bir konudur. Bu çerçevede ülkemizde faaliyetlerini geliştirerek sürdüren bir oluşumdan da bahsetmek gerekmektedir.

Bilindiği gibi günümüzde advers etkilerin saptanmasına olanak sağladığı için ilaçların pazarlama sonrası takip edilmeleri son derece önemlidir. Bu kapsamda, birçok ülke ilaçla ilgili olası morbidite ve mortalitelerin önlenmesi, erken teşhisi ile ciddi ve beklenmeyen ilaç advers etkilerinin neden olduğu ekonomik sorunlara engel olunması için ulusal izleme sistemleri kurmuşlardır.

Ülkemizde de, bir yandan rasyonel ilaç kullanımına yönelik olarak çalışmalar sürdürülürken, diğer yandan da dünya ile bütünleşmeyi sağlama faaliyetlerine devam edilmektedir. Bu faaliyetler arasında "güvenli ilaç kullanımı" ile ilgili olanlar özellikle önem taşımaktadır. Amaç ülkemizde kullanılan ilaçların etkililik ve güvenliliği ile ilgili sağlıklı, sürdürülebilir, kurumsallaşmış bir yapıyı kurmak ve işletmektir. İşte bu amacı gerçekleştirmek üzere 1985 yılında İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü Kalite Kontrol Daire Başkanlığı bünyesinde yer alan TADMER kurulmuş, DSÖ yetkililerinin yaptığı inceleme sonucu başarılı bulunarak 1987 yılında DSÖ Uluslararası İlaç İzleme İşbirliği Merkezi'ne 27. üye olarak kabul edilmiştir.

Sağlık Eğitimi



Sağlık Personelinin Meslek Standartlarının Belirlenmesi

Avrupa Birliği Kriterleri, Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 58 ve 59'uncu Hükümet Programları, Avrupa Birliği'nde Kişilerin Serbest Dolaşımı ile ilgili kriterler, Ulusal Program ve Sağlıkta Dönüşüm Programı, sağlık sektöründe çalışan personelin mesleki yeterlilikleri ile ilgili bir çalışma yapılmasını zorunlu kılmıştır.

Bu nedenle Bakanlığımızın 2005 yılı çalışma programına alınan "Sağlık Personelinin Meslek Standartlarının Belirlenmesi ve Meslek Kanunlarının Hazırlanması" faaliyeti çerçevesinde; konu ile ilgili mevcut mevzuat ve bu güne kadar yapılan tüm çalışmalar incelenerek bir araştırma raporu hazırlanmıştır.

Söz konusu rapor hakkında, Devlet Personel Başkanlığı, Devlet Planlama Teşkilatı Başkanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Türkiye İş Kurumu ve Türk Standartları Enstitüsü Başkanlığı temsilcileri ile Bakanlığımız merkez teşkilatı ilgililerinin müştereken katıldıkları toplantıda alınan görüş ve öneriler değerlendirilmiştir.

Sağlık sektöründe görev yapan vasıflı elemanların meslek standartlarının yapılması işinin Türk Standartları Enstitüsü'nün 2005-2006 Çalışma Programına alınması sağlanmıştır. Bu çerçevede standartları belirlenecek 103 meslek ile ilgili Türk Standartları



Enstitüsü Başkanlığında görev alacak teknik komite üyelerinin tespiti çalışmaları da devam etmektedir.

Halkın Sağlık Bilincinin Geliştirilmesi

Toplum oluşturulan bireylerin sağlık bilincini, sağlık tutum ve davranışını olumlu yönde etkileyerek sağlıklarını koruyabilir, geliştirebilir, sağlık hizmetlerinden yararlanabilir, sağlık hizmetlerine katkı ve katılımında bulunabilir, sağlık sorunlarını çözebilir hale getirmek amacı ile, "Halkın Sağlık Bilincinin Geliştirilmesi Projesi" hazırlanmış, bu kapsamda Eğitimciler İçin Rehber Eğitim Modülü Oluşturulması, çalışmaları yürütülmüştür.

7 Nisan Dünya Sağlık Günü, 31 Mayıs Dünya Tütünsüz Günü ve 17-22 Kasım Ağız ve Diş Sağlığı Haftası sebebiyle üniversite öğretim üyeleri ve başkanlığımız temsilcilerinin konuşmacı olarak katıldığı paneller düzenlenmiştir.

Sağlık Hizmetleri Memnuniyet Araştırma Anketi

Türkiye'deki vatandaşların sağlık kurumlarından almış olduğu sağlık hizmeti memnuniyetinin ölçülmesi ve alınan sonuçlar doğrultusunda verilen sağlık hizmet sunumunun kalitesinin artırılması amacıyla Türkiye İstatistik Kurumu ve Bakanlığımız

işbirliği ile "Sağlık Hizmetleri Memnuniyet Araştırması" yapılması 5.10.2005 tarihinde imzalanan bir protokolle öngörülmüştür. Bu doğrultuda çalışmalar başlatılmış ve anket sorularına son hali verilerek, Sağlık Hizmeti Memnuniyet Araştırması'nın 8-9 Aralık 2005 tarihlerinde Ankara ili Merkez ilçeleri (Çankaya, Keçiören) ve Polatlı (Şabanözü ve Karapınar köyleri) ilçesinde kır-kent oranlamasıyla pilot çalışması yapılmıştır. Bu çalışmanın sonuçlarını değerlendirmek ve soru formunu revize etmek amacıyla 16.12.2005 tarihinde iki kurum temsilcilerinin katılımıyla bir toplantı gerçekleştirilmiştir. 19.12.2005 tarihi itibarıyla Türkiye genelinde hane halkı listeleme çalışması başlatılmıştır.



Tıpta Uzmanlık Eğitiminin Standardizasyonu

Sağlık kaynaklarının etkili kullanılması, sağlık hizmeti sunumunda verimliliğin artırılması, eğitim ve araştırma hastanelerinde Tıpta Uzmanlık Eğitimi

uygulamalarında standardın sağlanması amacıyla klinik şeflerine yönelik bilgilendirme ve değerlendirme toplantıları yapılmıştır. Gerçekleştirilen bu çalışmalarla eğitim ve araştırma hastanelerinde verilen uzmanlık eğitimindeki farklı uygulamaların ortadan kalkması amaçlanmıştır.

Avrupa Birliği standartlarına uyum sağlanması, Tıpta Uzmanlık Eğitiminde kurumlararası farklı uygulamaların sona erdirilmesi amacıyla uzmanlık eğitimi verilen alanlarda öğretim programları hazırlama çalışmaları başlatılmıştır.

Bakanlığımıza bağlı eğitim ve araştırma hastanelerinde hastane kapasitesi, hasta potansiyeli, hastane- nin bulunduğu bölge, hastane fiziki düzenlemeleri ve fonksiyonları dikkate alınarak hasta yatakları ve diğer fiziki imkanların daha verimli kullanılmasını sağlamak amacıyla, "Tababet Uzmanlık Yönetmeliği"nin 8. ve 9. maddelerinde değişiklik yapılmıştır.

Nitelik ve Niceliğin Artırılmasına Yönelik Çalışmalar

Her yıl Nisan ve Eylül aylarında yapılmakta olan tıpta uzmanlık sınavları 2005 yılında da Yükseköğretim Kurulu işbirliği ile gerçekleştirilmiştir. Ülkemizin uzman hekim ihtiyacının karşılanması amacıyla Acil Tıp, Aile Hekimliği, Anesteziyoloji ve Reanimasyon ile Psikiyatri alanlarında asistan planlamasına ağırlık verilmiştir.

2005 yılında uzmanlık eğitimi sona eren 1.043 kişi uzmanlık sınavına alınmıştır.

Eğitim Araştırma hastanelerimizde verilen Tıpta Uzmanlık eğitiminde eğitici personel açığının giderilmesi ve uzmanlık eğitiminin niteliğinin artırılması çalışmalarına devam edilmiştir.

Dış Protez Teknisyenliği Mesleki Eğitimi

3308 Sayılı Mesleki Eğitim Kanunu'na göre Milli Eğitim Bakanlığınca açılan dış protezciliği meslek dalında kalfalık belgesi sahibi olanlar ve çıraklık eğitimini tamamlayanlar ile bu eğitime devam edenlerin, mesleklerini icra edebilmeleri için kendilerine "Dış Protez Teknisyenliği Meslek Belgesi" verilmesi amacıyla, 1219 sayılı Kanunun, 5181 Sayılı Kanunla eklenen Geçici 6. maddesine istinaden hazırlanan, "Dış Protezciliği Dalında Kalfalık Belgesi Sahiplerine, Dış Protez Teknisyenliği Meslek Belgesi Verilmesi Hakkında Yönetmelik" hükümleri doğrultusunda Bakanlığımızca 19 Eylül 2005 tarihinde 33 ilde Dış Protez Teknisyenliği Mesleki Eğitimi başlatılmıştır.

256 saati teorik, 1.024 saati pratik olmak üzere toplam 32 hafta sürecek eğitime 2.046 kalfalık belgesi sahibi aday katılmıştır.

Akupunktur Eğitiminin Sertifikalandırılması

Yurtiçinde ve yurtdışında akupunktur eğitimi alarak ülkemizde faaliyet göstermek isteyen meslek mensuplarının mesleklerini icra edebilmeleri amacıyla, "Akupunktur Tedavisi Uygulanan Özel Sağlık Kuruluşları ile Bu Tedavinin Uygulanması Hakkında Yönetmelik" ve Akupunktur Bilim Komisyonu kararları doğrultusunda Bakanlığımıza müracaat eden adaylar sınava tabi tutulmuştur. Başarılı olan 281 kişiye ait sertifika tanzim edilerek kendilerine verilmiştir.

Evlilik Öncesi, Evlilik ve Aile Danışmanlığı Farkındalık Eğitimi (EVA-FE) Projesi

Evlenecek çiftlerin yeni yaşam biçimine hazırlanmaları için evlilik öncesi danışmanlık yapmak, ailelere evliliklerini sağlıklı bir şekilde sürdürmelerini sağlayacak aile danışmanlığı hizmetlerine ulaşmalarını

sağlamak, birinci basamak sağlık hizmeti sunan sağlık personeline aile ilişkileri ve ruh sağlığı konusunda problem tanıma ve ilgili birimlere sevk etme eğitimini vermek amacı ile, Evlilik ve Aile Danışmanlığı Farkındalık Eğitimi Projesi hazırlanmıştır.

Avrupa'da Sağlığı Geliştiren Okullar Ağı Projesi

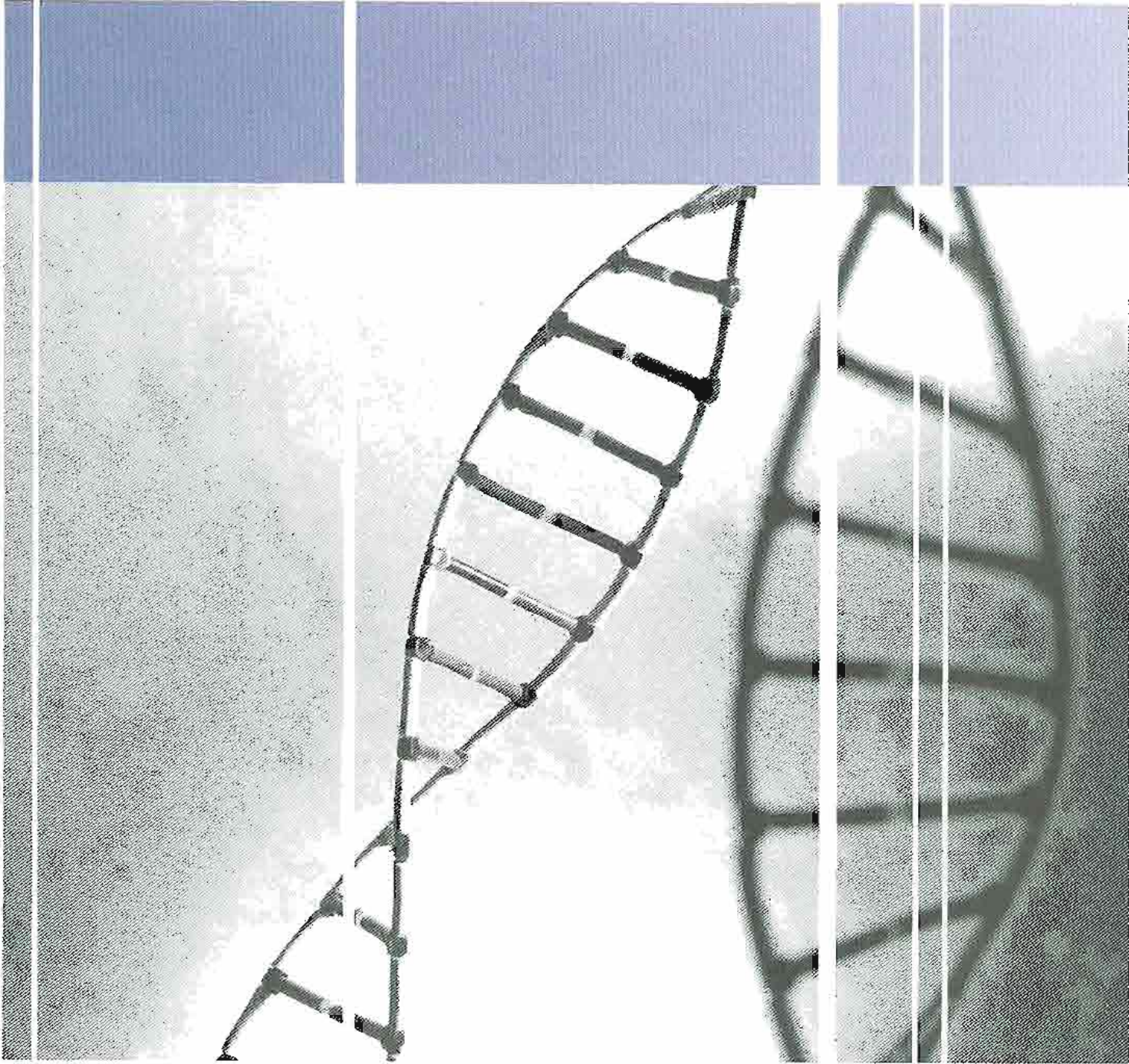
Avrupa'da Sağlığı Geliştiren Okullar Ağı Projesi kapsamında, ülkelerin proje çerçevesinde yürüttükleri çalışmaların değerlendirilmesi, gelecek yılın planının hazırlanması ve Avrupa bölgesi için öncelik taşıyan konuların belirlenmesi amacıyla, Dünya Sağlık Örgütü, Avrupa Konseyi ve Avrupa Komisyonu desteği ile Milli Eğitim Bakanlığı işbirliğinde yürütülen, Avrupa'da Sağlığı Geliştiren Okullar Ağı Projesi'nin 12. Ulusal Koordinatörler İş Toplantısı, 18-20 Mayıs 2005 tarihleri arasında Edinburg-İngiltere'de yapılmıştır. Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğünden toplantıya katılım sağlanmıştır.

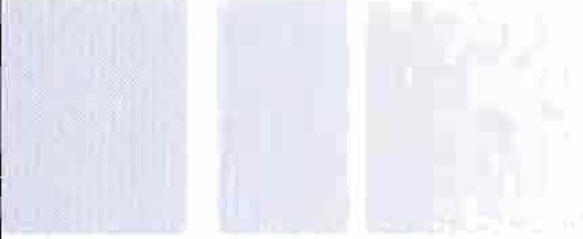
26 Nisan 2005 tarihinde Avrupa'da Sağlığı Geliştiren Okullar Ağı Projesinin çalışma programının belirlenmesi amacıyla Milli Eğitim Bakanlığı İlköğretim Genel Müdürlüğü ile bir toplantı yapılmıştır.

Diğer Çalışmalar

Ulusal Ajans ile DPT, Avrupa Birliği Eğitim ve Gençlik Programları Merkezi Başkanlığının Leonardo B ve C Tipi proje kapsamında Sağlık eğitimi Genel Müdürlüğümüz tarafından hazırlanan projelerden biri olan "Turistik Bölgelerdeki Bakanlığımıza Bağlı Sağlık Kurumlarının Acil ve 112 Servislerinde Çalışan Personelin İngilizce Dil Eğitimi" projesinin DPT Ulusal Ajans'tan gerekli şartları taşıdığına dair kabul yazısı alınmıştır.

İnsan Kaynakları





Sağlık Bakanlığı olarak başarılan en önemli işlerden birisi de, sağlık personeli atamalarında objektifliğin ve şeffaflığın sağlanması, personel dağılımındaki dengesizliği giderici önlemlerin alınmasıdır.

Atamalarda Objektif Kriterler Esas Alınıyor

Daha önceleri personel atamalarında objektif bir kistas bulunmadığından tavassut söz konusu olabilmekteydi. Bu şekilde yapılan dönem tayinlerinde il-lerimizin ihtiyacı yerine, personelin isteği ön plana çıkıyordu. Çoğu zaman personelin çalıştığı yerde ve atanmak istediği yerdeki ihtiyaç yeterince gözetilmeden tayin yapılabiliyordu.

Bu dönemde yürürlüğe konulan mevzuatla personel atamalarında, atamaların niteliğine göre hizmet puanı, sınav ve kura esas getirilmiştir. Ayrıca hizmet puanı ve kura esasına göre yapılan her türlü personel ataması noter huzurunda gerçekleştirilmektedir.

Sözleşmeli Personel İstihdamı

Kalkınmada öncelikli yörelerde, sözleşmeli personel istihdamı imkânını tanıyan 4924 sayılı Kanun çıkarılmıştır. Bu sayede, personel istihdamında zorluk

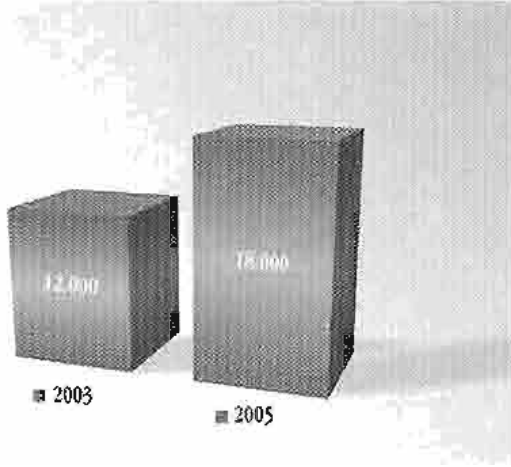
çekilen yerler için daha yüksek ücret ödeyerek buralarda görev yapmak özendirilmiştir. Türkiye genelinde sözleşmeli personel uygulamasının başlangıcından bugüne kadar 16 bin personel göreve başladı. 5. ve 6. bölgede çalışan ebe-hemşire sayısı 12 binden 18 bine çıkarılmıştır.(Şekil 7)

2003 yılı başında bölgede toplam 1.346 uzman hekim görev yapmakta iken, bu sayı 2004'te 1.810'a ulaşmıştır. SSK'ların devrinden sonra ise bölgedeki uzman hekim sayımız 2.378 olmuştur.

Pratisyen hekim sayısı 3.814'ten 3.859'a çıkarılmıştır. SSK'ların devrinden sonra bu sayı 4.175'tir. (Şekil 8)

Birçok ülke ile mukayese edildiğinde ülkemizde hekim sayısı yetersizdir. 100.000 nüfusa düşen hekim sıralamasında Türkiye Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesinde yer alan 52 ülke içerisinde sonuncu sıradadır. Bu ülkeler arasında Orta Asya ve Balkan ülkeleri de vardır.

Hekimlerimizin çoğunluğu büyük şehirlerimizde görev yapma eğilimindedir. Bu dönemde kamuda çalışmaya başlayacak hekimlerimiz sözleşmeli veya memur olarak ülkemizin az gelişmiş bölgelerine gönderilmeye başlanmıştır. Bunun üzerine önemli sayıda hekimimiz özel sağlık sektörünü tercih etmeye başlamış ve az gelişmiş bu illerimizde hekim sayısı bakımından düşünülen hedeflere ulaşamamıştır.



Şekil 7- Hemşire-ebe sayısı. (5. ve 6. Bölge)

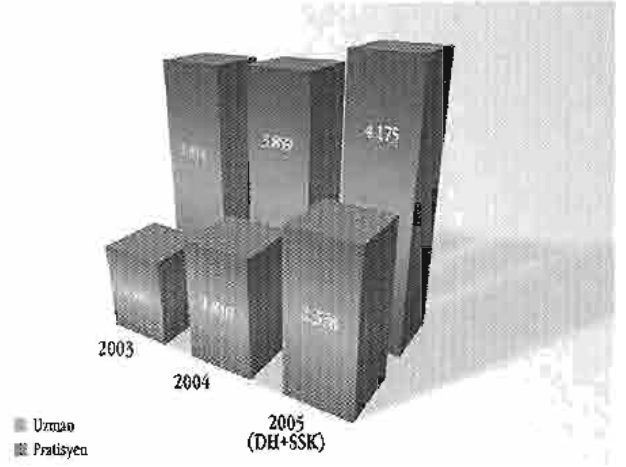
Sonuçta herkesin sağlık hizmetine ulaşması politikası çerçevesinde, hekimlerimize kolaylaştırılmış bir modelle devlet hizmeti yükümlülüğü getirilmiştir. Geçmişteki mecburi hizmet uygulamalarının hatalı yönleri göz önünde bulundurularak, mahrumiyet bölgelerine daha kısa süre ve yüksek ücretler sağlayan sürdürülebilir yeni bir düzenleme yapılmıştır.

Kamuda çalışan sağlık yöneticilerinin, tam zamanlı çalışmalarını sağlamaya yönelik düzenlemeler de gerçekleştirilmiştir. Bu kapsamda sağlık müdürleri ve başhekimlerimize, idari görevlerine daha fazla zaman ayırabilmeleri için tam zamanlı çalışma şartı getirilmiştir.

Bu uygulamalar dışında personel uygulamaları hususunda 2006 yılında yapılması planlanan önemli projeler şöyledir:

Tüm personelin özlük dosyalarının çalıştıkları il müdürlüklerinde tutulmasının sağlanması,

Standart Kadro Yönetmeliği yerine her sene yeniden gözden geçirilebilecek, kadro/sözleşme personel pozisyonlarını Personel Dağılımı Cetveli'nin uygulamaya geçirilmesi,



Şekil 8- Hekim sayıları. (5. ve 6. Bölge)

657 sayılı Kanunda bu sene içinde yapılan değişikliklerle getirilen vekil ebe ve hemşire uygulaması imkânı doğrultusunda personel ihtiyacı bulunan köy ve beldelerimize vekil ebe ve hemşire gönderilmesi, ihtiyacı olan sağlık evlerine ebe teminidir.

Sağlık hizmetleri sunumunda yükümlülük dönemi

Ali YERLİKAYA

Bursa Tabip Odası Yayın Organı / Hekimce Bakış 63. Sayı

Sağlıklı yaşama ve sağlık hizmetine ulaşma hakkı insanın doğuştan sahip olduğu en temel haktır. İhtiyaç duyulan sağlık hizmetinin Yürüden her yerinde zamanında ve yerinde alınması esas olmalıdır. Sağlık hizmetlerinin özelliği gereği geciktirilmesi, ertelenmesi veya hiç sunulmaması kabul edilir değildir. Sağlık hizmetlerinin temel unsuru olan sağlık personelinin eğitimi ve ülke genelinde dengeli dağılımı büyük önem arz etmektedir.

Ülkemizin bazı bölgelerinde yeterli sağlık personeli istihdam edilememesi sebebiyle sunulması gerekli olan sağlık hizmeti, olması gereken seviyelerde arz edilememektedir. Bu nedenle, geçmiş yıllarda da 2514 sayılı Bazı Sağlık Personelinin Devlet Hizmeti Yükümlülüğüne Dair Kanun hükümlerine göre, hekimlere Devlet hizmeti yükümlülüğü uygulanmıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından, 24 Temmuz 2003 tarihinden itibaren 4924 sayılı Kanun ile emsallerine göre daha yüksek ücret ödenmek suretiyle sözleşmeli statüde sağlık personeli çalıştırılması öngörülerek, 2514 sayılı Kanun yürürlükten kaldırılmış ve zorunlu çalıştırma uygulamasına son verilmiştir. Devlet memuru emsallerine göre daha fazla ücret alma imkanına rağmen, 4924 sayılı Kanunun yaklaşık iki yıllık uygulamasında diğer sağlık personelinde yeterli istihdam sağlanmakla birlikte, özellikle Doğu ve Güney Doğu Bölgesi illerimizde uzman ve pratisyen hekim sayısında istenen düzeye ulaşamamıştır.

Bu manzara karşısında, 3359 sayılı Kanuna 5371 sayılı Kanunla eklenen ek maddelerle tabip, uzman tabip ve yan dal uzmanlık eğitimini tamamlayarak uzman tabip unvanını kazananlara Devlet hizmeti yükümlülüğü getirilmiştir. Hekimlerimizin en çok merak ettiği konu ise atamaların sadece Doğu ve Güney Doğu illerine mi yoksa tüm Yurt geneline mi yapılacağıdır. Şu bir gerçektir ki; diğer tüm sektörlerde olduğu gibi sağlık hizmetlerinde de bu bölgelerimiz yeterli ilgiyi görememektedir. Hekim ihtiyacının en çok olduğu yörelerimiz yine bu bölgelerimizde yer almaktadır. Ancak genel olarak Türkiye genelinde pratisyen tabip ve uzman tabip ihtiyacının olduğu bir gerçektir. Sağlık hizmetlerinin temel taşı olan hekimlerimizin yaklaşık 300.000 personeli olan Sağlık Bakanlığındaki tüm personele oranı % 16 iken, 1000 kişi başına düşen aktif çalışan doktor sayısı 1,2'dir. Gelişmiş ülkelerde bu oran 1000 kişi başına 6 doktora kadar çıkabilmektedir.

Kolaylaştırılmış zorunlu hizmet olarak adlandırılan yeni uygulamada, yürürlükten kaldırılan 2514 sayılı Kanunun uygulanmasından farklı olarak, daha kısa süre olmak kaydıyla Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı tarafından hazırlanan İlçelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması esas alınarak; bölgeler ve bölge içinde farklı süreler belirlenerek, adaletli bir dağılımla 300 günden 600 güne kadar değişik sürelerde Devlet hizmeti yükümlülüğü getirilmiştir. Örneğin; Bu sıralamaya göre birinci grupta yer alan İstanbul iline bağlı Büyükçekmece ile Kocaeli iline bağlı Körfez ilçelerinde 600 gün devlet hizmeti yükümlülüğü öngörülürken, altıncı grupta yer alan Van iline bağlı Çaldıran ile Şırnak iline bağlı Güçlükonak ilçelerinde 350 gün zorunlu hizmet yapılabilir. Böylece daha mahrum yerde yapılacak Devlet hizmeti yükümlülüğü daha kısa sürede tamamlattırılmak suretiyle adaletin sağlanmasının amaçlandığı görülmektedir.

Ayrıca, Devlet hizmeti yükümlülüğüne tabi personele talepleri halinde yükümlülüklerini 4924 sayılı Kanuna tabi olarak yerine getirebilme imkanı getirilerek daha fazla ücret alabilme imkanı da tanınmaktadır.

Sağlık hizmeti ihtiyacı olan yerlerde hekimlere zorunlu çalışmayı öngören bu uygulama eş ve sağlık mazeretlerinin genel hükümler çerçevesinde kabul edilmesini de getirmiştir. Bu nedenle aile bütünlüğünün sağlanması ve sağlık sorunları olan personelin mağdur edilmemesi amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından gerekli tedbirler alınarak bu durumlarda olanlar için ayrı bir kuranın yapılması kararlaştırılmıştır.

Diğer taraftan, Devlet hizmeti yükümlülüğünü yapmakta olan personel, mazeret ve zorunlu haller dışında başka yere atanamayacaktır. Deprem gibi olağanüstü hallerde ise ancak geçici olarak bir ayı aşmamak üzere görevlendirilebilecektir. Devlet hizmeti yükümlüsü personel yükümlülüklerine başlamadan veya tamamlamadan asistanlık veya yan dal asistanlık sınavlarına katılabilecek ve uzmanlık eğitimine başlayabilecek; eksik kalan devlet hizmeti yükümlülüklerini, uzman tabip veya yan dal uzmanı olarak yapacakları devlet hizmeti yükümlülüğüne ilave etmek suretiyle yerine getireceklerdir.

Sağlık Bakanlığınca Devlet hizmet yükümlüsü olarak çalışanlara; talepleri halinde, bu süre içerisinde mesleklerini serbest icra edebilmeleri maksadıyla "Devlet Hizmet Yükümlüsü" şerhi düşölmek üzere belge verilmesi de kararlaştırılarak, yükümlölükleri sırasında serbest çalışma imkanı da tanınmıştır.

Bu uygulamanın kısa vadede acil hekim ihtiyacı olan bölgelerimizin sorununu çözebilir. Ancak, OECD üyesi 52 öлке arasında doktor sayısı bakımından 51. sırada yer alan Ölkemizin, 1000 kişi başına düşen doktor sayısını Birlik ölkelerinin bulunduğu seviyeye çıkarabilmesi için uzun vadede Türkiye'deki Tıp Faköltelerinin ve eğitim gören öğrenci sayısının artırılarak kesin çözüme ulaşılması asıl hedef olmalıdır.

Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü





Sağlık Bakanlığına bağlı katma bütçeli bir kurum olan Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü, Uluslararası Sağlık Tüzüğü ve 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu'nda belirtilen bulaşıcı ve salgın hastahkların kara, hava ve deniz yoluyla ülkemize girişini, aynı yollarla başka ülkelere yayılmasını önlemekle yükümlü olup, bu görevini uluslar arası giriş ve çıkışa açık tüm sınır kapılarında sağlık denetimi yaparak yerine getirmektedir.

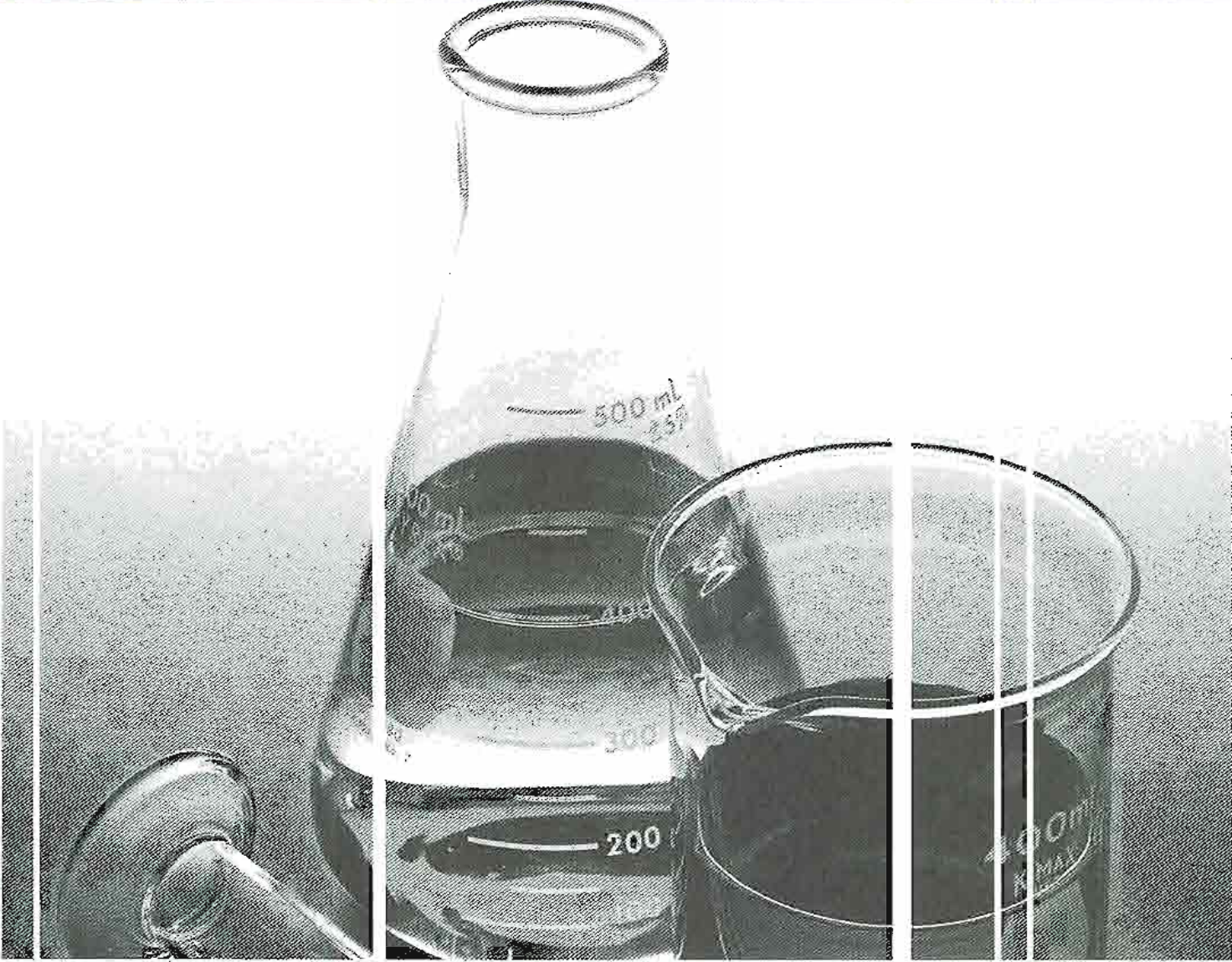
Montrö Boğazlar Sözleşmesi ve 2548 sayılı Gemi Sağlık Resmi Kanunu gereğince elde edilen gelirlerle Hazine'den yardım almadan tüm giderlerini karşılamaktadır.

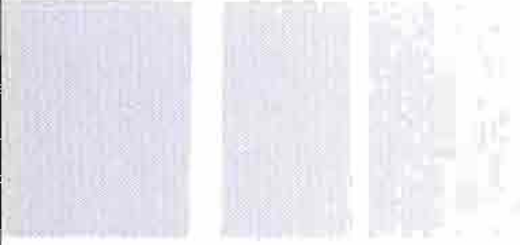
Türk Boğazlarında etkin sağlık hizmeti vermek amacıyla Savunma Sanayi Müsteşarlığı aracılığıyla ihalesi yapılan 4 adet motorbot 2005 yılında teslim alınarak, Türk Boğazlarında hizmete başlamıştır. 2006 yılında bu projenin devamında yine denizlerimizde çok ihtiyaç duyulan Deniz Ambulansları alımı işi başlatılacaktır.

Hudut ve Sahiller Sağlık Bilgi Sistemi Projesinin geçiş süreci tamamlanmış, daha etkin ve kaliteli sağlık hizmeti verilmeye başlanmıştır. İletişim ve bilişim sistemlerinin dinamik yapısı nedeniyle mevcut bilgi sistemini günün koşullarına uygun olarak çalıştırabilmek için gelişmeleri yakından takip ederek bu proje devam ettirilecektir.

Genel Müdürlüğün yıl içinde meydana gelen gelir fazlalarından Sağlık Bakanlığımız hastanelerinin Tıbbi Cihaz ihtiyaçlarını karşılamak üzere 2005 yılında Tıbbi Cihaz alımları yapılmıştır.

Refik Saydam Hifzissihha Merkezi





Ülkemizde birey ve toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesine yönelik laboratuvar kontrol, referans ve araştırma faaliyetleri, Sağlık Bakanlığı bağlı kuruluşu olan Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığınca yürütülmektedir.

RSHM Başkanlığında 2004 yılı içinde başlatılan ve 2005 yılında devam eden;

- Hava Kalitesi Çerçeve Direktifi ve Ulusal Mevzuata Yansıtılması,
- Türk Uygunluk Değerlendirme Kuruluşlarına ve Sanayi ve Ticaret Bakanlığına Bazı Yeni Yaklaşım Direktiflerinin Uygulanmasında Destek (CABs),
- Su ve Biyosidal Ürünleri, İyi Laboratuvar Uygulaması (GLP),
- Kurumsal Reorganizasyon (AB Müktesebatına Uyum) projeleri ile ilgili çalışmalar devam etmektedir.

Halk Sağlığı Laboratuvarları Yeniden Yapılandırılması

Sağlık Bakanlığına bağlı olarak yürütülen aynı türden hizmetleri tek elde toplayarak kaynak israfını önlemek için, halk sağlığı laboratuvarları, ülke ihtiyaçları ve günümüz koşulları ışığında yeniden yapılandırılmıştır.

Aşı Üretim Çalışmaları

İhtiyacımız olan aşıların ülke içinde üretilmesi suretiyle temin edilebilmesi için, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı tarafından çalışmalar yürütülmektedir.

Ulusal Zehir Danışma Merkezine Erişim

1986 yılından beri RSHMB bünyesinde faaliyet göstermekte olan Zehir Danışma Merkezi'ni günümüz ihtiyaçlarına cevap verebilecek kapasiteye ulaştırmak, zehirlenmeler hakkında acil bilgilendirme ve bilinçlendirme görevini yürütebilmek amacıyla yeniden yapılandırma ve kapasite artırımı çalışmaları başlatılmıştır.

Bu amaca yönelik olarak bilgisayar donanımı, 24 saat dijital kayıt sistemi, gerekli bütün antidotların temini gibi alt yapı çalışmaları tamamlanarak son aşamaya getirilmiştir. Bölge müdürlükleri bünyesinde, konuyla ilgili çalışmalar bulunan bilim adamlarıyla koordineli olarak çalışacak olan donanımlı bürolar halinde yapılandırma sonrasında, ülke genelinde 24 saat faaliyet gösteren bir yapıya kavuşturulmuş olacaktır.



Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü

Hıfzıssıhha Mektebi'nin kuruluşu, 17 Mayıs 1928'de "Türkiye Cumhuriyeti Merkez Hıfzıssıhha Müessesesi Hakkında Kanun"un kabulüne dayanır. Hıfzıssıhha Mektebi, kuruluş tarihinden faaliyetlerinin sonlandırıldığı 1981 yılına kadar; koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri ve halk sağlığı kapsamına giren pek çok konuda görev alan ve alacak olan her kademedeki personelin eğitimi için ulusal ve uluslararası kısa ve uzun dönemli kurslar ve eğitim programları düzenleyerek, bilimsel araştırmalar ve bilimsel yayımlar yaparak ülkemizin sağlık sisteminde büyük bir boşluğu doldurmuştur.

Sağlık Bakanlığı bünyesinde bir halk sağlığı okulu kurma düşüncesi, 59. Hükümetin Acil Eylem Planında yer almış ve böylece halen yürürlükte olan 3959 sayılı Kanun'a dayanılarak Hıfzıssıhha Mektebi yeniden faaliyetlerine başlamıştır. 15 Mayıs 2003 tarih ve 23 sayılı Çalışma Yönergesi ile de Hıfzıssıh-

ha Mektebinin görev ve sorumluluk alanları belirlenmiştir. Amacı sağlık hizmetlerinde kalite ve verimliliğin artırılması olan bu çalışma yönergesi ile Hıfzıssıhha Mektebi tarihi misyonunu yeniden üstlenmiştir.

1. Gerçekleştirilen Eğitimler

Flagship Eğitim Programı: Sağlıkta yeniden yapılanma çalışmalarının ve geleceğe yönelik çalışmalarda ülkelere öneriler sunacak insan kaynakları alt yapısının gözden geçirilmesi amacıyla; Sağlık Sektörü Performansının Analizi, Sürdürülebilir Sağlık Finansmanı, Desanralizasyon ve Hastane Reformu gibi konuları içeren bir eğitim paketidir.

Eğitimin hedefi, ortak bir dil konuşabilmek, sağlık sisteminin özelliklerini dikkate almak ve bunları diğer sağlık sistemleri sınıflandırmasına göre belirlemek, performans ölçütünü baz alarak ulusal sağlık

Türkiye'de aşı üretimi: dün, bugün, yarın...

Doç. Dr. Turan ASLAN
SB Diyalog, Sayı 16

Bu vaksinasyon metodu insanlığın aşılamadaki önemli dönüm noktalarından biridir.

1801 yılında "Jenner metoduna" göre aşı üretimi İstanbul'da gerçekleştirilir. Bir enstitü olarak "Telkihane" 1892 Temmuz ayında Dr. Hüseyin Remzi Bey idaresinde, Askeri Tıbbiye Mektebi bahçesindeki bir binada faaliyete geçer.

1885 yılı Temmuz ayında, Louis Pasteur tarafından kuduz aşısının keşfedilip uygulanması insanlığın tarihinde ikinci aşı olarak görülmektedir. İşin ilginç ve zor tarafı iki aşının da viral aşılardan grubunda yer almasıdır. 1887 ocak ayında, Mirliva Alexander Zoeros idaresinde, Askeri Tıbbiye Mektebi bahçesindeki bir binada kuduz aşısı üretilip uygulanmaya başlar. Bu kuduz tedavi müessesesi aynı zamanda İstanbul Belediyesi'nin sularının mikrobiyolojik yönden incelemesini yapar. Ülkeyimizin ilk mikrobiyoloji laboratuvarı olma özelliğini taşır.

1892 yılında Emil von Behring tarafından keşfedilen "difteri serumu", 1896 yılında Veteriner Mustafa Adil tarafından "Bakteriyolojihane" tarafından üretilmeye başlanır. Bu tarihlerde difteri aşısı henüz bilinmemektedir. 1897 yılında dünyada ilk olarak sığır vebası serumu yine Mustafa Adil tarafından üretilir. 1903 yılında kızıl serumu üretilir.

Dr. Mustafa Hilmi (Sağun) Gülhane Bakteriyoloji şefi olarak çalıştığı dönemde; 1911 yılında tifo, daha sonraki yıllarda kolera, dizanteri ve veba aşılı üzerine çalışmak fırsatını bulmuş, daha doğrusu bu konularda sorumluluk yüklenerek, Dr. Reşat Rıza (Kor) ile birlikte, Türkiye'de ilk kez bu aşılı hazırlamıştır.

Bakteriyolojihane'de: 1911 yılında tifo, 1913'te kolera ve dizanteri aşılı üretilmeye başlandı. Dr. Reşat Rıza (Kor), dünyada, tifüs aşısını ilk bulan kişidir. 1915 yılında, Erzurum'da ilk olarak uygulayan, Dr. Tevfik Sağlam'dır. 1914-1915 tarihlerinde Sarıkamış hareketından sonra Erzurum'da 3. Ordu'da tifüs salgını başladı. Tevfik Salim (Sağlam) 3. Ordu'ya Mart 1915'te Sağlık Komutanı olarak tayin edildi. Gördüğü manzara karşısında Gülhane hocalarından Dr. Reşat Rıza Kor'un metodu üzerine tifüs aşısını hazırlamaya karar verdi. Bu metotta; hastalık seyrinin en yüksek olduğu dönemde hastadan 20 cc kan alınıp fibrinleri ayrıldıktan sonra 56 C°'de 1.5 saat su banyosunda tutulduktan sonra sağlıklı kişilere 5 cc uygulama

sistemlerini değerlendirmek, ulusal sağlık sisteminin izleyebileceği diğer olası yolları belirlemek, ulusal sağlık sisteminin mevcut yapısının gelecek için nasıl yeniden uyarlanabileceğini belirlemek, bu amaçla değişimi gerçekleştirmek için gerekli araçları seçmek ve bunları kullanmak üzere kapasite geliştirmektir. Program şu üç temel ilke üzerine odaklanmıştır.



- Farklı alternatiflerin etkileri verimlilik, eşitlik ve sürdürülebilirlik açısından değerlendirilir.
 - Verilen eğitim farklı ülkelerde yapılan uygulamalardan elde edilen deneyimler üzerine kurulmuştur.
 - “Ne yapılmalı” sorusunu tam olarak anlamak ve cevaplamak ve “Bu nasıl yapılmalı” sorusuna yönelik öneriler geliştirmek amacıyla yola çıkılır.
- Bu kapsamda, Flagship eğitim programı (Sağlık Sektörü Reformu ve Sürdürülebilir Sağlık Finansmanı)’nın üst düzey yöneticilere tanıtılması amacıyla-

la “Senior Policy Seminar” (Üst düzey Yöneticilere Yönelik Politika Semineri) adlı program 28-30 Haziran 2005 tarihleri arasında 64 kişilik katılımı gerçekleştirilmiştir.

17 Ekim – 4 Kasım 2005 tarihleri arasında ABD Washington’da Dünya Bankası Enstitüsü ve Harvard Halk Sağlığı Okulu tarafından gerçekleştirilen “Sağlık Sektörü Reformu ve Sürdürülebilir Finansman Programı”na Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğünden 2 personelle katılım sağlanmıştır.

Sağlık Yönetim Eğitimleri

Halk sağlığı okulunda görevli personelin sağlık yönetimi alanında kapasitesinin geliştirilmesi, eğitici-lik bilgi ve becerisini kazanmalarının sağlanması ve var olan bilgi ve becerilerinin geliştirilmesi amacıyla 18-31 Temmuz 2005 tarihleri arasında Mektep Müdürlüğünde görevli 83 personelin katıldığı “Kişisel Gelişim Eğitimi” gerçekleştirilmiştir.

Rehber Kitap Çalışmaları

“Birinci Basamağa Yönelik Zehirlenmeler Tanı Teda- vi Rehberleri” geliştirilmesi amacıyla; Öğretim üyeleri, uzmanlar ve pratisyen hekimlerden oluşan 74 kişi ve akademik üyelerden oluşan danışmanların da katılımıyla 3-7 Ekim 2005 tarihleri arasında bir çalıştay gerçekleştirilmiştir.

“Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarına Yönelik Okul Çağı Çocuk Sağlığına Yaklaşım Pratik Rehber El Kitabı” geliştirilmesi amacıyla birinci basamakta çalışan hekimler, uzman hekimler, öğretim üyeleri, okul hekimleri, ilgili kamu kuruluşları temsilcileri ve Hıfzısıhha Mektebi personeli olmak üzere yaklaşık 80 kişinin katılımıyla 3 – 7 Ekim 2005 tarihlerinde bir çalıştay gerçekleştirilmiştir.

ile aşılama başlatıldı. İlk uygulamayı kendisine ve beraberinde çalışan doktorlara uyguladı. Faydası anlaşılınca 3. Ordu bölgesine Ordu komutanlık emri olarak tifüs aşısının uygulanması bildirildi. Aynı yıl İstanbul'dan Bakteriyolojihane'nin gönderdiği aşılardan ihtiyacı karşılayamaması üzerine Erzurum'da bir aşı üretim laboratuvarı kurdu. İhtiyaç duyulan büyük şişeleri eczanelerden toplattı. Etüv ihtiyacını Erzurum'unun ekmek pişirmek için kullandığı sobalarla karşıladı. Yeterli sıcaklığı temin etmek için sobaların altını gaz lambaları ile ısıtarak karşılayan Tefik Sağlam, ordunun ihtiyacı olan kolera, tifo, dizanteri aşılarını üretti. Daha sonra aşı ihtiyacının artması üzerine, Kayseri-Zencidere'de ve Merzifon'da birer tane daha aşı üretim laboratuvarı kurdu. I. Dünya Savaşı'nın zorlukları ve aşılardan İstanbul'dan naklinin sıkıntıya düşmesi üzerine 1917 yılı Şubat ayında Sivas'ta Hıfzıssıhha Müessesesi kurmak üzere Harbiye nezaretinden izin istedi. Haziran ayında kuduz ve çiçek aşısı üretmek üzere müessese faaliyete başladı. Aynı yıl sonuna kadar yaklaşık 1.000.000 doz çiçek aşısı üretildi.

İşgalin sürdüğü 1920 yılında İstanbul'da veba salgını ortaya çıktı. Bakteriyolojihane'den veba aşısının üretilmeyeceğinin anlaşılması üzerine durum Gülhane'den soruldu. Dr. Mustafa Hilmi (Sagun) veba aşılarını üreteceğini bildirdi. Mustafa Hilmi Sagun, Gedik Paşa Hamamı'nı aşı üretim laboratuvarı olarak kullandı. Boza şişelerinde ihtiyaç duyulan veba aşılarını hazırladı. İşgalin sürdüğü bu yıllarda işgal ordularının ihtiyacı olan yaklaşık 300.000 doz çiçek aşısı İstanbul Telkikhane'sinden temin edildi.

1921 yılında Calmette-Guerin tarafından keşfedilen BCG aşısı vereme karşı dünyanın ilgisini çekmeye başladı. Cumhuriyet hükümeti bu teknolojiyi getirmek için Bakteriyolojihane müdürü Ord. Prof. Dr. Ahmet Refik Güran'ı konu hakkında gerekli eğitimi almak üzere 1926 yılında Fransa'ya Pasteur Enstitüsü'ne gönderdi. Ahmet Refik Güran 1927 yılında ağız yoluyla kullanılan BCG aşısını Bakteriyolojihane'de üretti. Bu işi yaparken kendisine Dr. Abdülkadir Çilesiz yardımcı oldu. 1927 yılı Kasım ayında Ahmet Refik Güran, Bursa mebusu olarak meclise katıldı. Bundan sonra BCG aşısı üretim işi Abdülkadir Çilesiz tarafından 1947 yılına kadar devam etti. Bu üretilen BCG aşıları çok miktarda değildi. Çocuk hekimlerinin talebi üzerine üretim gerçekleşiyordu. Zira BCG aşısı sıvı halde fazla dayanıklı değildi.



2. Gerçekleştirilen Çalışmalar

Ulusal Sağlık Hesapları Çalışması: Sağlık sektörünün finansmanı konusunda ayrıntılı bilgi sağlayan Ulusal Sağlık Hesapları Çalışması, sağlık sektöründe yönetim kapasitesini geliştirmek ve daha etkili bir yönetimi gerçekleştirebilmek için araçtır. Ulusal Sağlık Hesapları (USH) konusunda önemli bir başvuru noktası, OECD ülkelerini kapsayan çalışmalardır. USH, Türkiye’de de Sağlık Bakanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü koordinasyonunda OECD Sağlık Hesapları Sistemine uygun olarak 1999-2000 yılları için Harvard Halk Sağlığı Okulu ve Hacettepe Sağlık İdaresi Araştırmaları İşletmesi işbirliğinde tamamlanmıştır.

Sektörlerarası bilgi birikiminin paylaşılması, çalışmanın devam ettirilmesi ve sektörler arası işbirliğinin oluşturulması yoluyla Türkiye USH’nun gelişme-

sine katkıda bulunmak amacıyla, Bakanlık, Üniversite ve özel sektör temsilcileri, OECD ve DSÖ temsilcilerinden oluşan yaklaşık 100 kişilik katılım ile 25-27 Ekim 2005 tarihlerinde “Ulusal Sağlık Hesapları (USH) Yaygınlaştırma Toplantısı” gerçekleştirilmiştir.

Aynı zamanda; “Health Data National Correspondents & Health Accounts Expert” (Fransa) ve “Fourth International National Health Accounts Symposium, Involving, Leaders, Impact Policy: Tracking Investment in Priority Health Care” sempozyumu (İspanya) toplantılarına Ulusal Sağlık Hesapları çalışmasının sürdürülebilirliği ve Uluslararası tamtımının sağlanması amacıyla katılım sağlanmıştır.

“OECD Sağlık Hesapları Sistemine Göre Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları 1999-2000” ve “Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları Hane Halkı Sağlık Harcamaları 2002 – 2003” adlı kitap hazırlığı tamamlanarak Aralık 2005 itibarıyla basılmıştır.

Onun için üretiminden itibaren en fazla 10 gün içerisinde kullanılması gerekiyordu. Bakteriyolojihane Ankara merkez Hıfzıssıhha Müessesesi'ne 1929 yılında nakledildi. Bu sırada BCG aşı suşu kayboldu. 1931 yılında Merkez Hıfzıssıhha Müdürü Mustafa Hilmi Sağun Pasteur Enstitüsü'nden yeniden suş getirterek BCG aşısını Ankara'da üretmeye başladı.

1917 yılında kurulmuş olan ve Sivas'ta bulunan Hıfzıssıhha Müessesesi 1929 yılında Ankara'ya nakledildi.

1923 yılında Ramon tarafından difteri ve tetanoz aşuları keşfedildi. 1931 yılından itibaren tetanoz ve difteri aşuları Merkez Hıfzıssıhha Müessesesi tarafından üretilmeye başlandı.

1933 yılında semple tip kuduz aşısı üretimine başlandı. Ülkenin birçok bölgesinde kuduz tedavi müesseseleri kuruldu.

1934 yılında İstanbul'da bulunan Çiçek aşısı laboratuvarı Müdürü Dr. Şerafettin Mustafa Kam tarafından (Dr. Refik Saydam'ın emri üzerine) Ankara'ya nakledildi.

1937 yılında dünyada ilk olarak akrep serumu üretilmeye başlandı. 1942 yılında Merkez Hıfzıssıhha Müessesesi akrep serumu üretmeye başladı. Bu üretim metodu belli bir bölgenin akrebi kullanılmayıp yurdumuzun her tarafından akrep kuyrukları temin edilerek serum üretimi gerçekleştirildi. 1960'lı yılların başında Urfa-Diyarbakır-Mardin illerinden toplanan akreplerin serum üretimi için daha uygun olduğu anlaşılınca o tarihten itibaren söz konusu illerden akrep kuyrukları temin edildi.

1937 yılında Çin'de meydana gelen kolera salgınında kullanılmak üzere ürettiğimiz aşular Kızılay aracılığıyla bölgeye gönderildi ve salgının ortadan kaldırılmasında büyük fayda sağladı.

1942 yılında tifüs aşısı üretmek üzere Dr. Ali Mustafa Menteshoğlu idaresinde bir laboratuvar kuruldu.

1947 yılında deri içi BCG aşısı üretilmeye başlandı.



Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet Etkililik Çalışması (UHY-ME)

Sağlık hizmetlerinde karar verme ve politika oluşturmada esas kriter, kararların ve politikaların kanta dayalı olması ve kaynak tahsisatında gerçekliği, yani maliyet-etkililiğe dayanmasıdır. UHY-ME Çalışması Türkiye’de Sağlık Bakanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü koordinasyonunda Başkent Üniversitesi, INTRAH, John Hopkins Üniversitesi ve Tulane Üniversitesi konsorsiyumu işbirliğinde tamamlanmıştır. Bu çalışma ile hem ülkemizdeki hastalık yükü hem de belirlenen sağlık müdahalelerinin maliyet etkililiği hesaplanmıştır.

Çalışma verilerinin tüm sektörlerle paylaşılması amacıyla rapor ve ekleri basılmış ve ilgili tüm sektörlerle dağıtılmış ve Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü’nün internet sayfasında “Araştırma Raporları” bölümünde paylaşımına açılmıştır. Ayrıca çalışma verilerinin paylaşılması amacıyla il sağlık müdürlerine

bir eğitim toplantısı düzenlenmiş ve eğitim sırasında uygulanan ankete ilişkin analiz raporu sunulmuştur. Çalışmanın verilerinin uluslararası kuruluşlarla paylaşılması amacıyla OECD “Health Data” çalışması tamamlanmıştır. Ayrıca çalışmanın devamının sağlanması, Müdürlüğümüzün insan kaynaklarının güçlendirilmesi amacıyla Avustralya’nın Brisbane şehrinde 28 Kasım – 7 Aralık 2005 tarihlerinde gerçekleştirilen “Ulusal Yaralanma ve Hastalık Yükü Çalışmasının Yürütülmesindeki Pratik Uygulamalar Üzerine Çalıştay 2005” adlı programa katılım sağlanmıştır.

3. Katılım Sağlanan Uluslararası ve Ulusal Toplantılar

Hıfzıssıhha Mektebi personeli ile DSÖ Avrupa Bölge Ofisi yetkilileri arasında daha iyi bir iletişim ve işbirliği sağlanması, DSÖ’nün uluslararası deneyim ve bilgisinden yararlanması, yürütülen proje / programlardan haberdar olunması amacıyla Mektep Müdürlüğümüzde görev yapan 11 personel 7-11 Kasım 2005 tarihlerinde DSÖ Avrupa Bölge Ofisi’ne (Kopenhag) bir çalışma ziyareti gerçekleştirmişlerdir.

“Ülkemizin Deprem Bölgesi Olması Nedeniyle Arama Kurtarma ve Acil Yardım Çalışmalarının Avrupa Ülkelerindeki Eğitiminin Araştırılıp Ülkemizdeki Eğitimle Karşılaştırılıp Avrupa Boyutunun Kazandırılması” konulu Almanya’da gerçekleştirilen eğitim programına 2 personelle katılım sağlanmıştır.

Mektep Müdürlüğümüzün yaptığı çalışmalarını bilimsel çevrelerle de paylaşmak amacıyla, 2. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi (Sağlık Yönetiminde Fırsatlar ve Tehditler), 9. Halk Sağlığı Günleri ve 18. Ulusal Farmakoloji Kongresi’ne katılım sağlanmış hem poster hem de sözlü sunumlar yapılmıştır.

1948 yılında, ülkemizde ilk olarak Boğmaca Aşısı üretilmeye başlandı. Aynı yıl Ankara'da meydana gelen bir boğmaca salgınından izole edilen Saadet suşu aşı üretiminde kullanılmaya başlandı.

1948 yılında Kahire'de meydana gelen Kolera salgınında kullanılmak üzere üretilen kolera aşılardan büyük bir miktar Kızılay aracılığıyla bölgeye gönderildi.

1950 yılında BCG laboratuvarı Merkez Hıfzıssıhha Müessesesi kampüsü içindeki müstakil bir binada hizmet vermeye başladı. 1953 yılında da DSÖ ile BCG aşı kampanyası başlatıldı. Ülkemiz insanının tamamı BCG taramasından geçirildi. Negatif olanlara aşı yapıldı. İhtiyaç duyulan aşilar aynı laboratuvarda üretildi. 1953 yılında da DSÖ tarafından ruhsatlandırıldı. Aynı yıl, influenza laboratuvarı DSÖ tarafından ruhsatlandırıldı.

1953 yılında, tifo, dizanteri, kolera, veba, menengokok, stafilokok, boğmaca, brucella, nezle, BCG (ağız ve deri içi olmak üzere), difteri, tetanoz, kızıl, alüminyum presipiteli karma aşilar, lekeli humma (tifüs), kuduz, çiçek, grip aşilar olmak üzere Hıfzıssıhha Müessesesi'nde 17 farklı tip aşı üretilip, ülke istifadesine sunuldu. Ayrıca pek çok antijenin yanında tüberkülin de üretilmekteydi.

Bugün bütün dünyanın tetanoz toksini üretimi için kullandığı Müler-Müller diye bilinen besiyeri Merkez Hıfzıssıhha Müessesesi'nin o zamanki elemanlarından Dr. Nusret Fişek'in Harvard Üniveritesi'nde yaptığı doktora tezidir.

1965 yılında kuru tip çiçek aşısı hazırlandı. 1930'lu yıllardan bu zamana kadar geliştirilen yapı 1983 yılına kadar muntazam bir şekilde sürdürüldü ve Merkez Hıfzıssıhha Müessesesi ülkemizin ihtiyaç duyduğu bakteri aşilarının tamamını, viral aşiların bir kısmını üretmeye devam etti.

1983 yılında Hıfzıssıhha'da Liyoflizasyon metoduyla kuru tip BCG aşısı hazırlanmak üzere 1950 yılında kurulan BCG laboratuvarı Merkez Hıfzıssıhha Müessesesi kampüsü içindeki müstakil bir binada modernize edilerek hizmet vermeye başladı.



4. Basılan Materyal ve Hazırlanan Raporlar

Türkiye kanser verilerinden yararlanarak Çernobil kazasının Karadeniz Bölgesi'ne etkilerinin değerlendirilmesi raporu,

Türkiye Sağlık Atlası, Meksika ve Yemen sağlık sistemi konulu rapor,

Okullarda sağlık eğitiminin mevcut durumu konulu rapor,

Sağlık Projeleri (I. II. ve III.) kapsamında yapılan eğitimlere ilişkin kapanış raporu ve Akılcı İlaç Kullanımı Çalışmaları kapsamında; Adıyaman ve Erzurum illeri Akılcı İlaç Araştırması Çalışmaları konulu raporlar hazırlanmıştır.

"Viral ÜSVE" tanı reçetelerin maliyet analizleri yapılarak rapor haline getirilmiştir.

"Reçete Yazım Kurallarına Yönelik Müdahalelerin

Toplumdaki Etkilerinin Araştırılması" ile ilgili saha çalışması sonrası araştırma raporu hazırlanmıştır.

5. e-Kütüphane

Müdürlüğümüz tarafından yürütülen e-kütüphane çalışmaları kapsamında Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü ve Müdürlüğümüz tarafından basılan kitap ve dokümanlardan 112 adedi elektronik ortama aktarılmış olup www.hm.saglik.gov.tr adresinden ulaşılabilmektedir.

6. Sağlıkın Geliştirilmesi ve Hastalıkların Önlenmesi Programı

Sağlıkta Dönüşüm Projesi kapsamında, öncelikle koruyucu çocuk sağlığı, tütün ve alkol kontrolü, kronik hastalıklar ve kontrolü alanlarında toplum

1983-1995 tarihleri arasında Difteri, Tetanoz, Boğmaca, Tifo, Kuduz aşuları üretilmeye devam etti.

1995 yılında, tetanoz aşısı üretiminin fermentasyon teknolojisi ile üretilmesi amacıyla modernizasyon çalışmaları başlatıldı. Eski metodla üretime son verildi. Yeni metodla üretim 1999 yılında gerçekleştirildi. Ancak, üretim tekniğı GMP standartlarını karşılayamadığı için henüz ülke insanının kullanımına sunulamadı. Bu tesislerin GMP standartlarında modernizasyon çalışmaları 2005 yılı itibariyle başlatılmıştır.

1933 yılından beri üretilmekte olan semple tip kuduz aşısı üretimine, yan etkilerinin fazla olması nedeniyle 1996 yılında son verildi.

1998 yılında BCG üretimine son verilerek, mevcut tesisler GMP standartlarına uygun olmadığı için 2003 yılında kapatıldı.

Bugünkü duruma gelince...

Çağın standartlarına ayak uydurma, mevcut teknolojileri güncelleme konusunda yaşadığımız sıkıntılardan en çok etkilenen kurumların başında gelen Hıfzısıhha, giderek zayıflamış ve dünyaya aşı ihraç etmek düzeyinde iken, 1998 yılına geldiğimizde sahip olduğu tesis ve laboratuvarları kapatmak zorunda kalmış, kendi ülkesinin ihtiyaçlarını karşılayamaz duruma düşmüştür. Nihayet 1998'de en son BCG laboratuvarlarını, İyi Üretim Uygulamaları'na (GMP) uymadığı için kapatmak zorunda kalmıştır. Aslında kapatma yerine yatırım yapıp yenileme yoluna gidilseydi, bugün dünyada 4 merkezin ürettiğı BCG aşularını üreten 5. merkez olabilirdi. Ne yazık ki günün koşulları göz ardı edildiğı için böyle bir mağduriyete mahkum olmuşuz. Buna rağmen halen antiserum dediğimiz, hastalıklarla ilgili tedavi edici, koruyucu olan akrep, tetanoz, difteri serumu gibi biyolojik materyalleri üretebiliyoruz. Botilismus vb. hastalıklarda kullanılan antiserumları yurtdışından getirterek elimizde bulunduruyoruz. Bunun yanı sıra 2000'li yıllarda kurulan tetanoz aşısı üretim tesislerimiz var. Ancak bu tesislerin uluslararası standartlarda yapılandırılma ihtiyacı nedeniyle, deneme üretimi yapılıyor olsa da insan sağlığında kullanımı olmamaktadır. Bu tesislerimizi GMP standartlarına uygun hale getirme



sağlığı müdahalelerinin geliştirilmesini amaçlayan projelere destek sağlanması amacıyla, belirlenmiş alanlarda sağlık müdahalelerinin ve programlarının düzenlemesi, geliştirilmesi, yürütülmesi ve değerlendirilmesi için destek sağlanacak olan Sağlık Geliştirilmesi ve Hastalıkların Önlenmesi Programı çalışmalarına başlanmıştır.

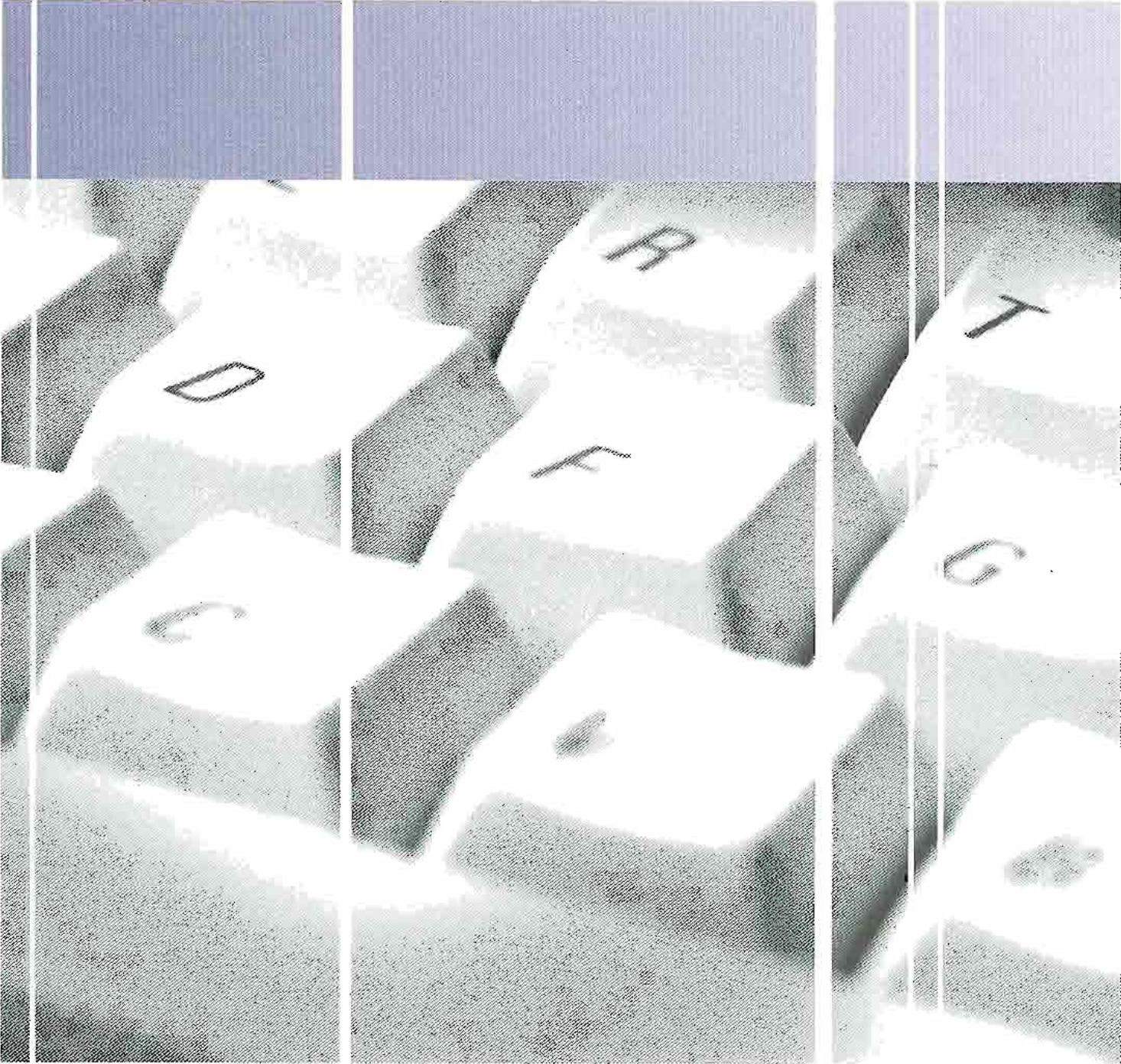
Bu kapsamda www.hibe.hm.saglik.gov.tr adlı internet sayfası hazırlanmıştır. Niyet mektupları 25 Kasım 2005 tarihine kadar kabul edilmiştir. Gönderilen niyet mektuplarının değerlendirilmesi süreci devam etmektedir.

çalışmalarımız başlamıştır. Bu standartlara eriştiğimiz vakit düzenli üretime geçebilir konumdayız.

Ülkemiz, sahip olduğu genç nüfus göz önüne alındığında daha yıllarca bize yetecek, kızamık, difteri, boğmaca, tetanoz vb. aşılarda bulmak veya üretmek zorundadır. Bu amaçla bazı çalışmalara başlamış bulunuyoruz. Bakanlık olarak, bizim bu konudaki tavrımız, öncelikle özel sektörün bu alana el atmasını sağlamaktır. Bunun için teşvikler yapmak istiyoruz. Bu konu, 15.07.2005 tarih ve 5396 nolu "Kamu-Özel Ortaklığı Kanunu" kapsamında kamu hukuku yönünden de incelemeye alınmış olup, çözüm yolları irdelenmektedir. Bazı desteklerimiz olsun istiyoruz. Yatırım yapmak isteyen kuruluşlara özel bazı kolaylıklar sağlayalım, onlar modern teknolojiyi ülkemize taşıyınlar istiyoruz. Ama bu yatırımları yaparken de Sağlık Bakanlığı ile dişsek teması halinde olsun istiyoruz. Bunun için konunun detaylarını yurtiçi ve yurtdışı firmalara açtık. Yurtdışından gelen firmalarla bizzat görüşüp konu hakkında kendilerini bilgilendirdik. Şu anda bu firmalar bu konular üzerinde çalışma yapıyorlar. Hatta bazı büyük şirketler ve organizasyonlar kendi aşı üretim tesislerini görmemiz ve konuyu tartışmamız için bizi davet etmiş durumdadır. Bu çalışmalar doğrultusunda bazı Avrupa ülkelerine seyahatlerimiz oldu. Bu bağlamda sonuç alacağımızı ümit ediyorum. Bu sefer çok kararlıyız. Olayı sürünce-medede bırakamayız. 78. kuruluş yıldönümümüz çerçevesinde aşı konusunda da somut adımlar atma kararlıyız.

Gelecek yıl aşı üretimi konusunda gerekli ön hazırlık çalışmalarını sonuçlandırmayı hedefleyen Hıfzısıhhamızda, aşı üretimini ciddiye alıyor ve ülkemize GMP standartlarında hizmet vermeyi amaçlıyoruz.

Bilgi İşlem





1- Toplantı ve Komisyon Çalışmaları

■ 9-12 Mayıs 2005 tarihleri arasında Sağlık Bilişimi (Health Informatics) alanında faaliyet gösteren ISO/TC 215 (CEN/TC 215) teknik komitesinin, Almanya'da yaptığı toplantıya katılım sağlanmıştır.

□ Avrupa Birliği Komisyonu ve Norveç Sağlık Bakanlığı koordinasyonunda 23-24 Mayıs 2005 tarihlerinde Norveç'te gerçekleştirilen e-Sağlık Konferansı ve Sergisine katılım sağlanmıştır.

■ 6-10.6.2005 tarihleri arasında Casemix Summer School Trieste, İtalya'da "Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması Projesi" kapsamında DRG (tarıya dayalı gruplama) eğitimine katılım sağlanmıştır.

■ 6-8 Haziran 2005 tarihleri arasında Belçika'da Avrupa Komisyonu e-Sağlık Çalışma Grubu Toplantısına katılım sağlanmıştır.

■ Sağlık Bilişimi (Health Informatics) alanında faaliyet gösteren ISO/TC 215 (CEN/TC 215) teknik komitesi tarafından, 19 -24 Eylül 2005 tarihleri arasında Japonya'da düzenlenen teknik komite çalışma grubu toplantısına katılım sağlanmıştır.

■ 26-27 Eylül 2005 tarihleri arasında İngiltere'de gerçekleştirilen "Klinik Bilgi Sistemleri, Elektronik Kayıtlar, e-Sağlık" Konferansında Bakanlığımızın e-Sağlık faaliyetlerinin sunumu gerçekleştirilmiş, daha sonra düzenlenen panele panelist olarak katılım sağlanmıştır.

■ 5-8 Ekim 2005 tarihleri arasında Slovenya'da 21.

Uluslararası Hasta Sınıflandırmaları –Hasta Odaklı Sağlık Sisteminde Vaka Bileşeni Konferansına katılım sağlanmıştır.

■ 1-2.12.2005 tarihleri arasında Lüksemburg'da düzenlenen e-Sağlık Çalışma Grubu 3. Toplantısına katılım sağlanmıştır.

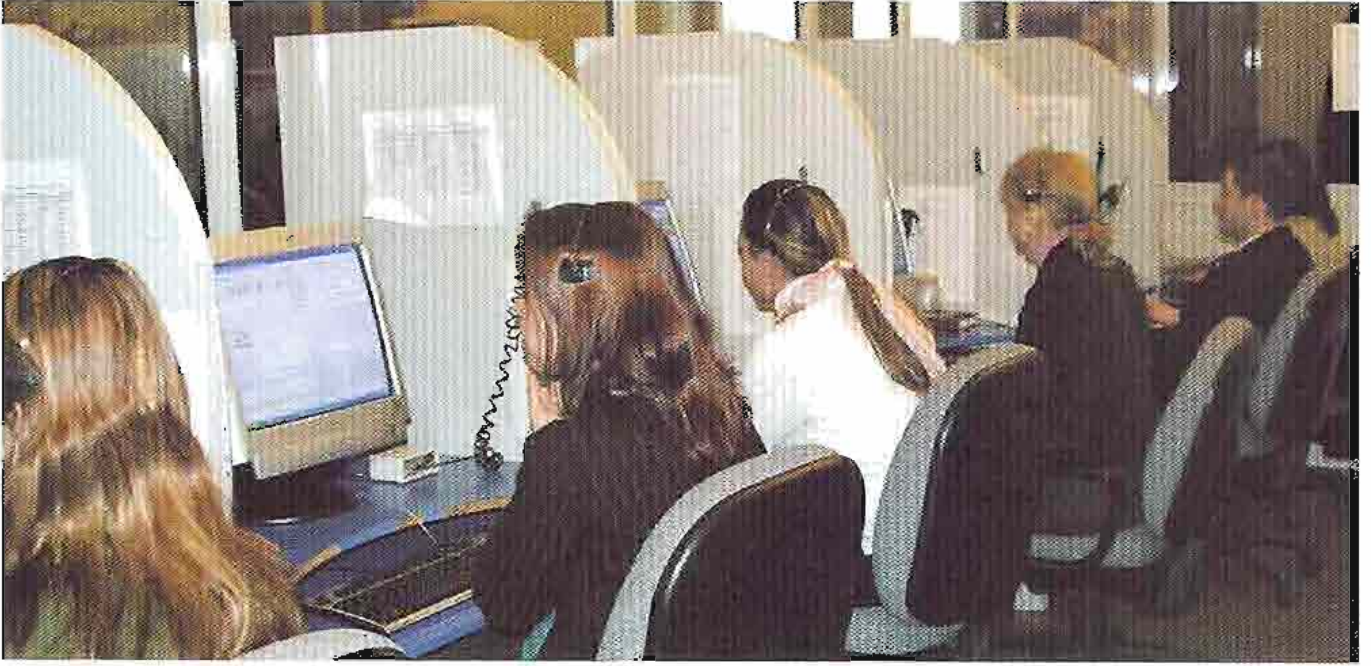
2- Çekirdek Kaynak Yönetimi Sistemi (ÇKYS)

ÇKYS/İKYS modülü kapsamında; "Bakanlığımız ve Diğer Kamu Kurum ve Kuruluşları Kadrolarına İlk Defa veya Yeniden Açıkılan Atanacaklara Yönelik Kura", "Kurumlararası Nakil Kurası", "Sınava Tabi Sözleşmeli Personelin Nakil Yerleştirilmesi" ve "Sözleşmeli Personel Nakil Yerleştirilmesi" kura işlemleri gerçekleştirilmiştir.

İnsan Kaynakları Yönetim Sistemi (İKYS) kapsamında, SSK ve diğer kurumlarda çalışmakta olup artık Bakanlığımız elemanı olan personelin bilgileri İKYS'ye aktarılmıştır.

Personel Genel Müdürlüğü'nde çekirdek bir kadro oluşturmak amacıyla, İnsan Kaynakları Yönetim Sistemi (İKYS) konusunda eğitici eğitimleri yapılmıştır. Bu amaçla Personel Genel Müdürlüğü Bilgi İşlem ve İstatistik Daire Başkanlığı'ndan 10 kişilik bir ekip eğitilmiştir.

Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi ve Aile Hekimliği Bilgi Sistemi entegrasyonu kapsamında İnsan Kaynakları Yönetim Sistemi (İKYS) modülünde Aile Hekimliği sisteminde çalışacak olan sağlık personelinin özlük haklarının takibini sağlayabilmesine ilişkin düzenlemeler yapıl-



miş ve bu amaçla öncelikle söz konusu personelin maaşlarını hazırlamaya yönelik bordro programı tamamlanarak, Aile Hekimliği Uygulamasının yapıldığı Düzce İl Sağlık Müdürlüğü'nün kullanımına açılmıştır.

Yine İnsan Kaynakları Yönetim Sistemi (İKYS) kapsamında, Personel Genel Müdürlüğü'nün talebi doğrultusunda personelin terfilerinin, il sağlık müdürlüklerine posta yoluyla gönderilmesi yerine, ÇKYS/İKYS den il sağlık müdürlüklerinin "taranmış imza" ile alması için bir uygulama geliştirilmiş olup kullanılacak hale getirilmiştir. Böylelikle terfilerin imzalanarak, il sağlık müdürlüklerine posta yoluyla gönderilmesi yerine müdürlük tarafından ertesi gün alınabilmesi sağlanmıştır. Yine personelin atama ve nakil işlemlerinin de benzer şekilde yapılması için gerekli program değişiklikleri/ilaveler yapılmıştır.

Malzeme Kaynakları Yönetim Sisteminin (MKYS) kullanıcı ihtiyaçlarına göre yapılan yeniden analiz ve tasarım sonrasında programın geliştirilmesine başlanmış ve Ayniyat, Demirbaş ve Depo alt modüllerinde, İdari ve Mali İşler Daire Başkanlığınca görevlendirilen personel ile yapılan toplantılar neticesinde kullanıcı talepleri doğrultu-

sunda gerekli değişiklikler ve/veya ilaveler yapılmış olup, Bakanlığımızın temel ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde raporlar hazırlanmıştır.

Söz konusu çalışmalar sonucunda; 15.8.2005 tarihi itibarıyla Ayniyat, Demirbaş ve Depo alt modüllerine kullanıcıların sisteme veri girmeleri sağlanmış olup, ilgili ve istenilen raporlar hazırlanarak sistem, merkez teşkilatımız ile il sağlık müdürlüklerimiz tarafından kullanılacak hale getirilmiştir. MKYS Modülü, 1.1.2006 tarihinden itibaren kullanılacaktır.

3- Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi (TSBS) / e-Sağlık

ITU (International Telecommunication) ile yürütülen e-Sağlık projesi çerçevesinde ITU e-Sağlık uzmanı Dr. Salah MANDIL, 14-18 Şubat 2005 tarihleri arasında Bilgi İşlem Daire Başkanlığına çalışma ziyareti gerçekleştirmiştir. Dr. MANDIL ile sağlık bilgi ve iletişim platformu, sağlık bakım hizmetleri yönetim bilgi sistemi, dijital gü-

Bilişim ve Sağlık

Nihat AKPINAR
SB Diyalog, Sayı 21

Sağlık Bakanlığı olarak, ülkemizdeki kamu kurumlarının bilişim konusunda yaşadığı evreleri yakinen tecrübe etmekteyiz. Bu anlamda henüz bilişim teknolojileri ile ilk yakın temas kurduğumuz dönemlerde biz de diğer pek çok kamu kurumu gibi öncelikle kurumsal ihtiyaçlarımızı karşılamak adına projeler geliştirdik. İlk olarak taşrada verilen sağlık hizmetinin izlenmesi ve yönetilebilmesi amacıyla 1996'te Temel Sağlık İstatistikleri Modülü (TSİM) uygulaması geliştirilmiş, ardından 1997'de Bakanlığımızın en temel dört kaynağını olan insan, malzeme, finans ve ilaç kaynaklarını yönetmek için Kaynak Yönetim Sistemi (ÇKYS) adını verdiğimiz otomasyon projesine başlanmıştır. Bugün her iki uygulamanın da güncellenmiş sürümleri kullanılmaktadır.

Diğer taraftan yine mali ve idari bilgilerin elektronik ortamda aktarılması için Bakanlığımız bünyesinde de bazı uygulamalar geliştirilmiştir. Bunlar arasında en önemlileri şunlardır:

- Tek Düzen Muhasebe Sistemi (TDMS)
- Sağlık Bakanlığı İhale Bilgi Sistemi (SBİBS)
- Tıbbi Cihaz ve Malzeme Kayıt Sistemi (TCMKS)
- Yeşil Kart Bilgi Sistemi (YKBS)
- Performans Takip Sistemi (PTS)
- Hastane Bilgi Formları (HBF)
- Performans Değerlendirme Formları (PDF)
- Evrak Takip Programı (ETP)
- Hasta Takip Sistemi (HTS)

Yukarıda isimleri verilen uygulamaların kapsamına ve çokluğuna baktığımızda, aslında Bakanlığımızın bilişim teknolojilerini yoğun bir şekilde kullandığını hemen hemen tüm veri ihtiyacını bilişim teknolojilerini kullanarak karşıladığını rahatlıkla görebiliyoruz. Ancak bilişim teknolojilerinin kullanılması ile birlikte, nasıl kullanıldıkları, projeler arasında politika birliğinin varlığı ve birlikte çalışabilirlikleri de oldukça önemlidir.

venlik ve elektronik sağlık kayıtları için hazırlanmış olan gereksinim dokümanları gözden geçirilmiş ve nihai plan oluşturulmuştur. e-Sağlık projesi 2005 yılı uygulama planı hazırlanmıştır.

7-9 Mart 2005 tarihlerinde Ankara'da Tıp Bilişimi Derneği tarafından düzenlenen e-Devlet Uygulamaları Konferansı ve Sergisi katılım sağlanarak Bakanlığımızın Bilişim Projeleri tanıtılmıştır.

17-20 Kasım 2005 tarihleri arasında Antalya'da Bakanlığımız ile Tıp Bilişimi Derneği, 2. Ulusal Tıp Bilişim Kongresi "Tıp Bilişim 05" düzenlemiştir.

Bakanlığımızın web sitesinde e-sağlık çalışmalarını içeren "e-sağlık" bölümü hazırlanmıştır.

Dağıtık veri tabanında olan 81 il sağlık müdürlüğüne ait sağlık istatistik verileri son transfer bilgileri alınmış ve web tabanlı yeni veri tabanına atılmıştır.

TSIMWEB tabanlı merkezi bir yapıda yeniden tasarlanıp geliştirilen program, 7.2.2005 tarihinden itibaren il sağlık müdürlüklerindeki kullanıcılar için veri girişine açılmıştır.

Bakanlığımızın Merkez TSIM yöneticileri tarafından veri girişi yapacak ve/veya verileri görebilecek kullanıcıların tanınmasına işlemleri yapılmış ve 24.2.2005 tarihinden itibaren Merkez kullanıcıların da kullanımına açılmıştır.

Veri Toplama ve Bildirim Formları Koordinasyon Komisyonu toplantısı 3.8.2005 tarihinde düzenlenmiştir. Toplantıda Komisyon Üyelerine ve ilgili personele, Hastalık ve Hastalıklara Bağlı Gelişen Sağlık Sorunlarının Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması, Versiyon 10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision-ICD 10) uygulamaları hakkında bilgi verilmiştir.

Veri Toplama ve Bildirim Formları Koordinasyon Komisyonu toplantısı 22.12.2005 tarihinde düzenlenmiştir. Toplantıda Komisyon Üyelerine ve ilgili personele, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Gıda Güvenliği Daire Başkanlığı tarafından TSIMWEB kapsamında takibi yapılacak olan İşletme Sulanı Formu, İçme ve Kullanma İzleme Envanter Formu hakkında bilgi verilmiştir. İl sağlık müdürlükleri tarafından ilgili formlar yıllık ve 3 aylık olarak doldurulup merkezi veri tabanından tüm Türkiye'ye yönelik içme suyu ile ilgili bilgilere ulaşılabilecektir.

5- Sağlık Bakanlığı İhale Bilgi Sistemi (SBİBS)

Bakanlığımız birimlerinin ve özellikle hastanelerimizin ihtiyacı bulunan malzeme ve hizmet alımları sonucu oluşan ihale fiyatları arasındaki aşırı fiyat farklılıklarını gidermek ve yaklaşık maliyetin tespitinde gerçekçi fiyatlara daha hızlı ulaşması amaçlanan sistem ile ilgili olarak temizlik, yemek, ilaç, tıbbi cihaz, demirbaş ve küt karşılığı cihaz edinme ihaleleri kullanıma açılmıştır.

4- Temel Sağlık İstatistikleri Modülü (TSİM)

TSİM uygulamasının web ortamına aktarılması çalışmalarına devam edilmiş olup, bu kapsamda 2005 yılında aşağıdaki çalışmalar yürütülmüştür:

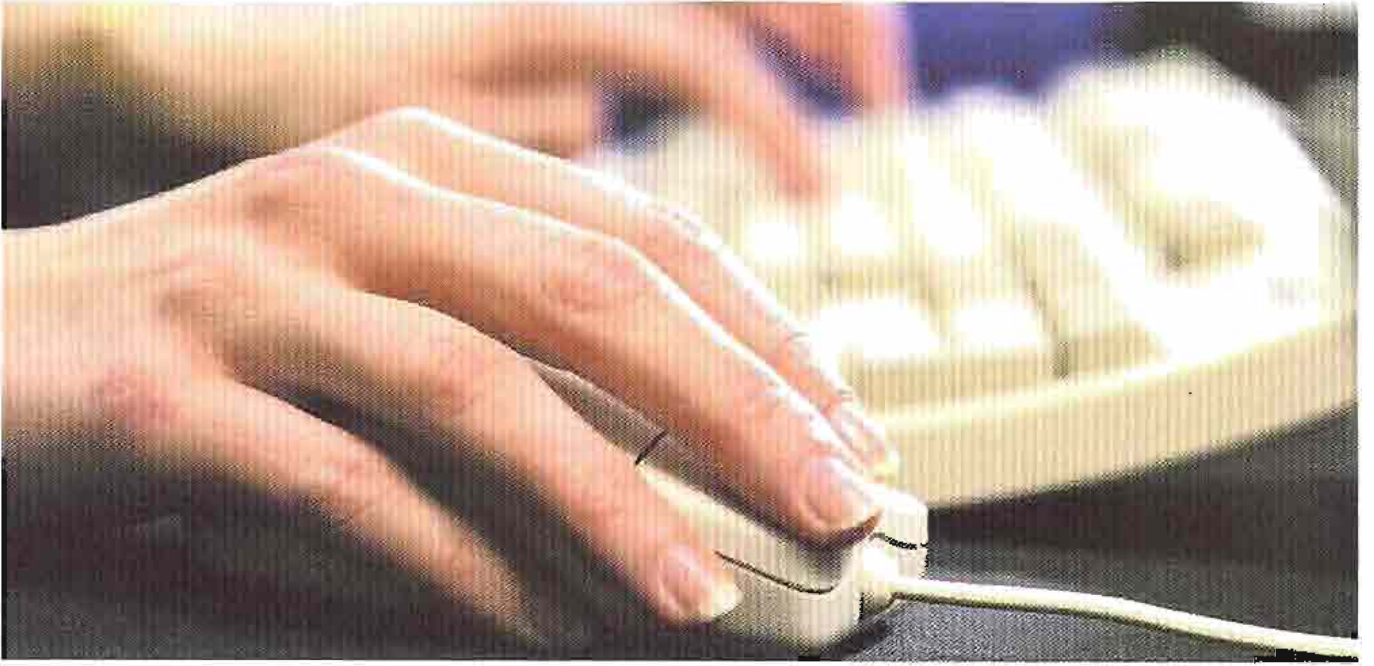
Bu açıdan baktığımızda, hala kurumsal ağırlıklı ve genellikle birimlerin özel amaçlarına göre tasarlanmış, birbiriyle entegrasyonu yeterince kuvvetli olmayan projelerin ağırlıkta olduğunu ifade etmek durumundayız. Ancak bu durum, görünenin aksine bir dezavantaj değil, yazımızın başlangıcında bahsettiğimiz üzere, kamu kurumlarının bilişim alanında yaşadığı evrelerin doğal sonuçlarından ve ara çıktılarında birisidir. Dolayısıyla bu gelişmeleri doğru okumak ve bir sonraki adımlarımız için birer basamak olarak kullanmak gerekmektedir. Nitekim, bu uygulamalar, Bakanlığın ilgili kurumlarındaki personelin bir bilgi sistemi kullanmasına ve "kayıt disiplini" kazanmasına büyük katkılarda bulunmuştur. Bu sayede bundan sonra geliştirilecek olan entegre bir bilgi sistemine daha kolay uyum sağlayacaklardır.

Ülkemizdeki kamu kurumları, artık kurumsal ihtiyaçlarını karşıladıkları çözümlerini birlikte çalışabilir hale getirmek ve daha çok vatandaş odaklı yeni projeler geliştirmektedirler. Özellikle e-Devlet adı altında yürütülen "Devlet Kapısı" projesi, vatandaşın tüm devlet kurumlarına doğrudan erişmesi ve en temel ihtiyaçlarını elektronik ortamda karşılayabilmesini hedeflemektedir.

Bakanlığımız tarafında geliştirilen bazı projeler de benzer hedeflere sahiptir. Bu anlamda hem mevcut bilgi sistemlerini entegre etmek ve birlikte çalışabilir hale getirmek adına projeler yürütülürken; hem de doğrudan verilen sağlık hizmetinin kalitesini artıracak ve vatandaşın da etkin bir şekilde kullanıcısı olacağı e-Sağlık projeleri geliştirilmektedir.

Mevcut bilgi sistemlerinin entegrasyonu için, Bakanlık birimlerinin ihtiyaçları belirlenmekte ve her birimin kullanacağı Minimum Veri Setleri (MVS) tespit edilmektedir. MVS'ler sadece sağlık verileri konusunda değil; idari ve mali konularda da sahadan veri toplama konusunda en önemli araç haline gelecektir. Böylelikle, artık her birimin kendi ihtiyacına göre ayrı bir uygulama kullanması dönemi sona erecek ve her birimin kullanacağı MVS'ler tek bir veri havuzunda toplanarak, ihtiyaç duyan tüm birimlerin kullanımına açık olacaktır.

Ciddi anlamda bir e-Sağlık projesi olarak nitelendirebileceğimiz ilk uygulamamız, Aile Hekimliği sisteminin Düzce ilinde pre-pilot uygulamasının başlamasıyla hayata geçen Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS)'dir. Çünkü AHBS, ilk defa sağlık verisini üretildiği yerden, yani kaynağından, doğrudan Bakanlığa ileten bir uygulamadır. Uygulamanın kullanıcıları



Ülkemizdeki tıbbi sarf malzemesi ve tıbbi cihazların veri tabanının oluşturulması amacıyla Bakanlığımızca temin edilerek Türkçe'ye çevirisi yapılan Global Medical Device Nomenclature (GMDN-Evrensel Tıbbi Cihaz Terminolojisi); yeni bir kodlama ve numaralandırma algoritması sistemi çerçevesinde ülkemize yönelik, ürün marka ve modelini de kapsayacak şekilde yeni bir "Tıbbi Cihaz, Sarf Malzemesi, Laboratuvar Cihazları ve Kitleri Veritabanı" tasarlanmış ve uygulamaya konulmuştur.

Söz konusu bu veri tabanına giriş yapılabilmesi amacıyla Sağlık Endüstrisi İşverenleri Sendikası (SEİS) ile Bakanlığımız arasında bir protokol imzalanmıştır.

Geliştirilen bu program ile Tıbbi Cihaz Yönetmeliği, Vücuda Yerleştirilebilir Aktif Tıbbi Cihazlar Yönetmeliği, Vücut Dışında Kullanılan Tıbbi Tam Ürünleri Yönetmeliği kapsamında, üretici, ithalatçı ve bayi olarak malzeme tedarik eden tüm medikal firmaların (ilaç ve demirbaş malzemeler haricinde); adres, telefon, faks, e-mail bilgileri, vergi kayıt, ticaret sicil bilgileri, kalite sistem belgesi bilgileri, şube bilgileri, bayi bilgileri, üreticisi, ithalatçısı veya bayisi olduğu kodlandırılmış ürün bilgileri, bu ürün-

lerin sahip olduğu CE belgelerinin, veren kuruluş, verildiği tarih ve numarası gibi kayıt bilgileri, üreticilere ait kalite sistem belgesi bilgileri veri tabanına kaydedilmiştir.

Söz konusu veritabanını kullanacak web tabanlı uygulama yazılımı Bakanlığımızca geliştirilmiştir. Bu uygulamanın kullanacağı veritabanına 28.12.2005 tarih itibarıyla 573 firma ve 25.928 adet veri girişi yapılmış olup, veri girişi işlemine devam edilmektedir.

İhale Bilgi Sisteminde yer alan ihale numarasının ve ihaleye çıkan kurum bilgilerinin Kamu İhale Kurumu'ndan elektronik olarak alınması konusunda görüşmelere başlanmış ve ilgili web servisi hazırlanmıştır. Alınacak bilgilerin formatı ve verilerin nasıl iletileceği konusunda çalışmalara devam edilmektedir.

n- Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS)

Sağlıkta Dönüşüm Programının en önemli bileşenlerinden biri olan Aile Hekimliği Uygulaması, tüm vatandaşların mutlaka bölgelerinde bulunan bir Aile Hekimine

ise, kurumsal tarafta Bakanlık, İl Sağlık Müdürlükleri ve Toplum Sağlığı Merkezleri iken, daha sonraları vatandaşın da elektronik imzasını kullanarak kendi sağlık verilerini görme imkanı olacaktır.

Aile Hekimliği Bilgi Sistemi'nden sonra yine yaygın kullanımı olacak ve özellikle Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ve Maliye Bakanlığı'nun da provizyon sistemlerinde yoğun bir şekilde kullanacakları başka bir e-Sağlık uygulamamız da, Doktor Bilgi Bankası (DBB) projesidir. Türkiye'deki tüm pratisyen hekim, uzman hekimler ve dış hekimlerine ait bilgilerin bir araya getirilerek paylaşımına açılmasını sağlayacak bu sistem, Türkiye'de ilk defa kimin gerçekten doktor olduğu ve hangi branşta eğitim aldığı konusunda referans bir sistem olacaktır. Bu sistem, MERNİS Kimlik Paylaşım Sistemi'ne (KPS) benzer bir şekilde, Türkiye'deki doktorlara ait verilerin paylaşılacağı bir altyapı sağlayacaktır.

Bugüne kadar 104.948 uzman ve pratisyen hekimlerin tescil bilgileri ile birlikte eğitim, çalıştığı yer ve iletişim bilgilerini içeren veri tabanı oluşturulmuş olup; dış hekimlerine ait veri girişlerine ise devam edilmektedir.

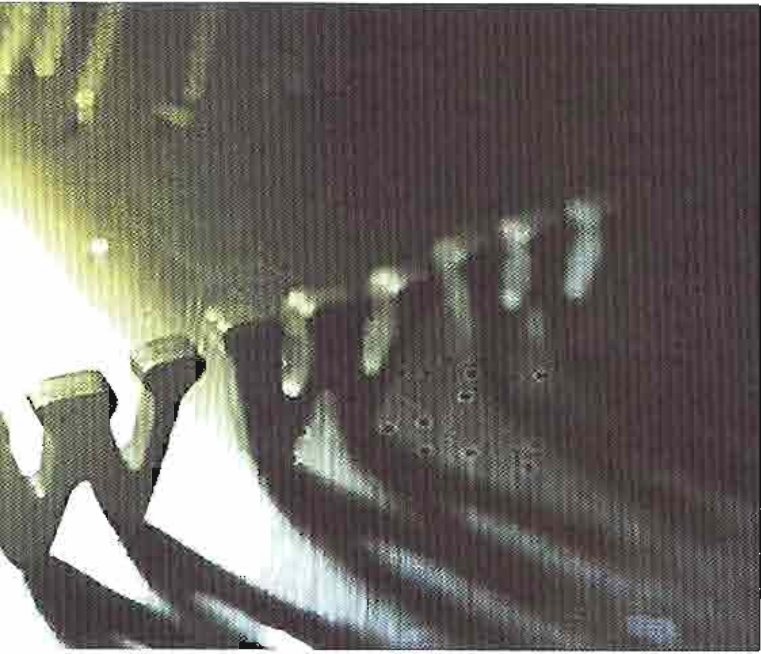
Hem AHBS uygulamasını hem de Doktor Bilgi Bankası projesini de içine alacak şekilde kapsamlı olarak yürütülen diğer e-Sağlık çalışmalarımız ise, Dünya Bankası tarafından finansmanı sağlanan "Sağlıkta Dönüşüme Destek Programı" kapsamında yürütülen 4. Sağlık Projesi'nin bir bileşeni olan Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi'nin Geliştirilmesi projesidir. Bu proje kapsamında çok önemli mesafeler katedilmiş, AHBS'de olduğu gibi sadece birinci basamak sağlık kurumlarından veri toplamak değil, hem birinci hem de ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında üretilen verilerinin toplanması ve sevk zincirinin kurulması da amaçlanmaktadır. Proje çıktısı olarak, tamamiyle entegre, güvenilir ve genişleyebilir bir bilişim altyapısı kurulması hedeflenmektedir. Ayrıca, oluşturulacak Elektronik Sağlık Kaydı veri havuzu üzerinde detaylı analizlerin yapılmasına imkan tanıyacak Kara-Destek Sistemlerinin de geliştirilmesi ile, bu altyapıdan en üst düzeyde faydalanılarak bilgiye dayalı sağlık politikası geliştirilmesinde çok önemli adımlar atılabilecektir.

Bu konuda yapılan çalışmalar, e-Sağlık Proje Ekibi tarafından kaleme alınan e-Sağlık başlıklı yazımızda daha detaylı olarak açıklanmıştır.

kayıtlı olmasını hedeflemekte ve vatandaşların ikinci basamak sağlık kurumlarına müracaat etmeden önce Aile Hekimine başvurularını teşvik etmektedir.

Aile Hekimliği Bilgi Sistemi Uygulaması 2004 Mali Yılı Yatırım programından ihale edilmiş olup, geliştirme sürecine 2005 yılında başlanmıştır.

Düzce'den excel formatında toplanan il hane kayıtlarının TC kimlik numaraları Kimlik Paylaşımı Sisteminden karışıklıkları bulma çalışmaları yapılmış, bu çalışmalar sonucu yaklaşık %50 oranında TC kimlik no ile kayıt eşleş-



tirmesi gerçekleştirilebilmiştir. Aile Hekimliği merkez veritabanına yüklenmiş ve pilot il kullanıcılarının kullanımına açılmıştır. Uygulamayı kullanacak olan personele yerinde ve merkezde eğitimler verilmiştir.

Düzce ilinde Aile Hekimliğine geçiş yapmış olan hekimlerimiz, Bakanlığımız tarafından hazırlanmış olan Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS) uygulamasını kullanarak, yaptıkları işlemlerle (muayene, sevk, tetkik isteme, aşılanma, bebek ve gebe takip vb.) ilgili verileri Bakanlık Mer-

kez Teşkilatı'ndaki Elektronik Hasta Kaydı (EHK) veritabanına göndermektedirler.

AHBS uygulaması ile Bakanlığımızca geliştirilen ve/veya uyarlanan birçok kodlama ve sınıflama sistemleri de ulusal anlamda kullanım imkânı bulmuştur. Özellikle Bakanlığımız tarafından uyarlanması yapılan ICD-10 tanı sınıflama sistemi, AHBS kapsamında ilk üç basamağı ile kullanılmaya başlanmıştır. Bununla birlikte, ilaçlar için ATC kodları, ödemeye dair Bütçe Uygulama Talimatı (BUT) kodları, branş kodları, laboratuvar kodları da kullanılmaya başlanmıştır.

AHBS, akıllı-istemci mimaride geliştirilmiş, kendi yerel veritabanı olan, dolayısıyla merkezle bağlantısı olmadığı durumlarda da çalışma imkânı veren bir uygulamadır. 1 Ağustos 2005 tarihi itibarıyla kabulü yapılan bu uygulama, başarıyla çalışmakta ve hekimlerimizin ihtiyaçlarını karşılamaktadır.

AHBS'nin yerine getirdiği temel fonksiyonlar şunlardır:

- Muayene İşlemleri,
- Sevk İşlemleri,
- Müdahaleler (aşı, pansuman vb),
- Bebek Takip,
- Gebe Takip,
- Çocuk Takip,
- Raporlar (Sağlık, Adli vb),
- Randevu ve Görev İşlemleri,
- Bakım ve Senkronizasyon İşlemleri,
- Rapor ve İstatistiklerdir.

AHBS için kullanılacak olan ve ihale kapsamında yeni alınan sunucuların ve diğer cihazların kurulumu tamamlanmıştır.

23-27 Mayıs 2005 tarihleri arasında Düzce İl Sağlık Müdürlüğü sağlık personeline Düzce'de Aile Hekimliği Bilgi Sistemi uygulaması hakkında eğitim verilmiş ve programın kullanımı tanıtılmıştır.

Sağlıkta yeniden yapılanma ve e-sağlık

E-Sağlık Proje Ekibi

Nihat Akpınar, İlker Köse, Dr. Songül Doğan, Ahmet Özçam, Emin Aydoğan,

Dr. Nihat Yurt, Dr. Mehmet Tüleylioglu, Dr. Mahir Ülgü, Dr. Betül Güllüer

SB Diyalog, Sayı 21

e-Devlet, e-Sağlık, e-Maliye... derken, İnternet ve bilişim teknolojilerinin her geçen gün daha fazla alanda kullanıma geçtiğini görmekteyiz. En azından bu kelimelerin bizler için oldukça iyi anlamlar taşıdığını, bu uygulamaların hayatımızı kolaylaştıracağını ümit ettiğimizi söylemek yanlış olmaz. Ancak, dünyadaki bilişim projelerinin başarı oranına baktığımızda, bu tür projelerin çok başarılı olacağını ve gerçekten hayatımızı olumlu yönde değiştireceğini pesinen kabul etmenin oldukça iyimser bir yaklaşım olduğunu da itiraf etmek zorundayız.

Diğer taraftan başarılı bilişim projelerinin, kurumlara etkinlik ve verimlilik açısından son derece önemli katkılar sağladıkları da açıktır. O halde, özellikle e-Sağlık gibi ulusal çapta yürütülen bilişim projelerinde dünyadaki başarılı ve başarısız örneklerin çok iyi analiz edilmesi, doğru tespitlerin yapılması ve yanlışlardan ders çıkarılması hayati öneme sahiptir. Unutmamalıyız ki teknoloji, ihmal edilmesi mümkün olmayan bir araçtır; ancak teknoloji tek başına herşeyin çözümü değildir...

Profesyonel anlamda, Bakanlığımızda yürütülen e-Sağlık çalışmaları, 2003 yılında başlatılan ve Ocak 2004'te tamamlanarak sayın Müsteşar Yardımcımız Prof. Dr. Sabahattin Aydın'ın sunuşu ile ilan edilen Türkiye Sağlık Bilişim Sistemi Eylem Planı (www.saglik.gov.tr/tsbs) çalışmalarına dayanmaktadır.

Bu plan, ilgili devlet kurumları, üniversite ve sivil toplum kuruluşlarının yer aldığı 10 ayrı çalışma gurubu ile yürütülen çok yoğun bir çalışma neticesinde hazırlanmıştır. Halen devam etmekte olan e-Sağlık çalışmalarının bu doküman çerçevesinde ilerlediğini söyleyebiliriz.

TSBS'nin hemen ardından 2004 Mayıs ayında tamamlanan, hibe kredi ile yabancı bir heyet tarafından yürütülen "Sağlık Bilgi Sistemlerinin Mimari ve Teknolojik Altyapı Analizi" çalışması da önemli tespitlerde bulunmuştur. Yine o dönemlerde International Telecommunication Union (ITU) ile yapılan işbirliği çerçevesinde E-Sağlık konusunda pek çok ülkede üst düzey danışmanlık hizmeti veren Dr. Salah MANDİL ile birlikte çalışılmaya başlandı. Bakanlığımızın IT danışmanlarının da katkısıyla Dr. Mandil tarafından 2004 Ekim ve Kasım aylarında iki ayrı raporla Türkiye'de e-Sağlık uygulaması için detaylı yol haritaları çıkarıldı. Hatta, TÜBİTAK ve TÜSIAD gibi kuruluşların da bu tarihlerde benzer faydalı raporlar hazırladıklarını ifade etmekte fayda var.



24.6.2005 tarihinde Düzce İl Sağlık Müdürlüğüne gidilerek Aile Hekimliği Bilgi Sisteminin yeni versiyonu değerlendirilmiştir. Aile Hekimliği Bilgi Sistemi projesi kapsamında, Hastaneler ve Aile Hekimliği uygulaması arasında "Online Randevu" alınabilmesine yönelik web tabanlı program çalışmaları tamamlanmıştır. Uygulamaya halen Düzce ilinde devam edilmektedir. Ayrıca hastaneler ve Aile Hekimliği Uygulaması arasında veri alışverişi yapılabilmesine yönelik çalışmalara devam edilmiştir.

Bakanlığımızca temin edilen Aile Hekimliği Bilgi Sisteminin TSK Sağlık Komutanlığınca da kullanılması talebi üzerine ilgili kişilerin katılımı ile bir toplantı düzenlenmiş olup, uygulamaya yazılımı yerel olarak TSK'ya kurulmuştur.

Düzce ilinde, Aile Hekimliği Sistemi içerisinde çalışacak olan ve Bakanlığımızca atamaları yapılan Aile Hekimlerine, Ev Halkı Tespit Fişlerine göre hasta kayıtları yapılmıştır. 2005 yılı sonu itibarıyla uygulamayı kullanan 98 Aile Hekimi bulunmaktadır.

Aile Hekimlerinin düşünce ve tecrübelerini birbirleriyle paylaşabilecekleri bir forum ortamı oluşturulmuştur. Her

hekim kendi kullanıcı ve şifresiyle bu foruma katılabilmektedir.

Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ile 28.12.2005 tarihinde Aile Hekimliği ve Temel Sağlık İstatistikleri Modülü ile entegrasyonu konusunda çalışmalara başlanmıştır.

7- Yeşil Kart Bilgi Sistemi (YKBS)

Yeşil Kart sahiplerine ait bilgilerin genişletilmesi, bu bilgilerin sürekli güncellenmesi ve Yeşil Kart sahiplerinin Emekli Sandığı anlaşması olan eczanelerden ilaç teminlerini kolaylaştırması amacıyla Türkiye genelinde tek bir merkezde toplamayı hedefleyen otomasyon sistemine 9.11.2004 tarihi itibarıyla başlanmıştır.

Yeşil Kart Bilgi Sistemine www.saglik.gov.tr/yesil adresinden ulaşılabilmektedir. Sistemde yapılan bilgi girişleri ve güncellemeler Emekli Sandığı ile paylaşılmaktadır.

Türkiye genelindeki Yeşil Kart Merkezleri, Otokopili Yeşil Kartlıların, diğer bir ifadeyle 13 Haziran 2004 tarihinden sonra verilmeye başlanan Otokopili Yeşil Kartlıların bilgilerini, ya YKBS giriş ekranları vasıtasıyla ya da trans-

Görüldüğü üzere, 2004 yılı, e-Sağlık konusunda peşpeşe analiz çalışmalarının yapıldığı, konunun dünyadaki örneklerinin incelendiği ve ulusal yol haritalarının çıkarıldığı bir yıl olmuştur. Belki de ilk defa Bakanlığımız, teknoloji konusunda uzmanlık gerektiren bir konuda çok büyük bir birikime sahip olmuş ve yine ilk defa sağlık bilişimi konusunda takip eden değil; yol gösteren, standartları belirleyen bir konuma yükselmiştir.

Şüphesiz 2004 yılı sadece raporlama ve analiz çalışmaları ile geçmedi. Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetinde yapılan devrimler, bilişim teknolojilerinin de en yaygın şekilde kullanım beraberinde getirdi bir başka deyişle, kaçınılmaz kıldı. Şöyle ki; şimdiye kadar verinin üretildiği yerden toplanmaması sebebiyle yaşanan kalitesiz veri ve yanlış/eksik bilgi sorunu Aile Hekimliği uygulaması ile birlikte hayata geçirilen Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS) ile aşılmaya başlandı. Şimdilik sadece Düzce'de uygulanmakta birlikte 2006 yılı içerisindeki ilk aşamada hedeflenen 10 ilde AHBS uygulaması kullanılacak ve Aile Hekimlerinin yaptıkları işlemlere dair veriler Bakanlığa elektronik ortamda güvenli bir şekilde iletilebilecektir.

Esasında AHBS uygulaması, belki de ülke çapında en yaygın kullanım imkanı bulacak en önemli e-Devlet ve e-Sağlık uygulaması olacaktır.

2005 yılı, AHBS ile birlikte, sadece birinci basamak hizmetlerini değil, tüm sağlık kurum ve kuruluşlarını kapsayacak bir çözüm için kolların sıvandığı bir yıl oldu. Dünya Bankası kredisi ile finanse edilen Sağlıkta Dönüşüme Destek Programı kapsamında Bilgi İşlem Daire Başkanlığı (BİDB) tarafından yürütülen E1 bileşeni, o zamana kadar yapılan analiz çalışmalarının artık uygulamaya geçirilmesi için gerekli mali desteği sunmaktaydı. E1 bileşeni çerçevesinde Bakanlığımızın almakta olduğu ve almayı planladığı pek çok hizmet, donanım, haberleşme, güvenlik çözümleri mevcuttur. Bunlardan 2006 yılı içerisinde yapılmakta olan danışmanlık hizmetlerini şöyle sıralayabiliriz:

- Ulusal Sağlık Bilişim Standartları'nın geliştirilmesi,
- Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü'nün (USVS) hazırlanması,
- Minimum Sağlık Veri Setlerinin (MSVS) belirlenmesi,
- Sağlık Bilgi Referans Sistemi (SBRS) /Kodlama sistemleri paylaşım sistemi
- Elektronik Sağlık Kaydı (ESK) veritabanının tasarlanması,
- Hastane bilgi sistemlerinin temel modüllerinin detaylı standartlarının belirlenmesi,

fer dosyaları yolu ile Bakanlığımıza ulaştırılmaya devam edilmiştir. Emekli Sandığı ile paylaşılan yeşil kart sahipleri bilgilerinde TC kimlik numarası girilmesi zorunlu tutulmuştur.

Bu güne kadar yapılan çalışmalar sonucunda Yeşil Kart Bilgi Sistemi'ne yapılan kayıt sayısı 10.742.364'e ulaşmış olup, Emekli Sandığı Genel Müdürlüğüne her gün düzenli bir şekilde yeni kayıtlar ve değişiklikler iletilmektedir.

8- Hastane Bilgi Sistemi (HBS)

19 Ocak 2005 tarihinde Resmi Gazete'de yayınlanan "Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair 5283 Sayılı Kanun" çerçevesinde Bakanlığımıza devri gerçekleştirilen kamu kurum ve kuruluşlarına ait hastanelerin bilgi sistemi mevcut durumlarının tespitine yönelik anket çalışması yapılmıştır.

Sosyal Güvenlik Kurumlarından hak sahibi vatandaşlarımızın, sağlık hizmeti almak üzere Bakanlığımıza bağlı olarak hizmet vermekte olan tüm hastane ve semt polikliniklerine müracaat etmeleri durumunda; sağlık kurumlarımızda hak sahipliği online provizyon alma işlemi yapmak için gerekli ağ güvenliği önlemleri ile internet erişim altyapıları tesisi tamamlanmıştır. Böylece Bakanlığımıza bağlı olarak hizmet vermekte olan tüm hastane ve semt poliklinikleri, hak sahipliği online provizyon alma işlemi yapabilecek durumda olup Sosyal Güvenlik Kurumları ile koordineli çalışmalara başlanılmıştır.

Bakanlığımıza bağlı tüm kurum ve kuruluşların standart ve kendi kurumunun ihtiyaçlarına uygun bir bilgisayar donanımına sahip olmalarını temin etmek amacıyla "2004 Yılı Bilgisayar ve Çevre Birimleri Alım Kılavuzu" olarak hazırlanmış olan dokümanın, yürütülen araştırma faaliyetleri neticesinde güncellenerek "2005 Yılı Bilgisayar ve Çevre Birimleri Alım Kılavuzu" adı altında Bakanlık web sayfasında yayımlanmıştır.

Emekli Sandığı, Bağ-Kur ve SSK gibi Sosyal Güvenlik Kurumlarından hak sahibi vatandaşlarımızın, sağlık hizmeti almak üzere Bakanlığımıza bağlı olarak hizmet vermekte olan tüm hastaneler ve semt polikliniklerine mü-

racaat etmeleri durumunda; hak sahipliği on-line provizyon alma işlemi yapmak üzere gerekli ağ güvenliği önlemleri ile internet erişim altyapıları tesisi tamamlanmıştır. Provizyon işlemlerin uygulanmasına 1.7.2005 tarihinden itibaren başlanmıştır.

Bakanlığımıza bağlı tüm hastane ve semt polikliniklerine başvuran Emekli Sandığı, Bağ-Kur, Yeşil Kart ve SSK mensubu hastaların, hak sahipliğini on-line sorgulamak üzere yapılan provizyon işlemlerinin, 11.7.2005-17.7.2005 tarihleri arasındaki sonuçları hakkında bilgi edinmek amacıyla 20/07/2005 tarihinde Bakanlık web sayfasında yayımlanan anket, 26.8.2005 tarihinde tamamlanmıştır.

9- Network Hizmetleri ve Sistem Yönetimi

İl sağlık müdürlüklerinin hat bağlantı hızlarının artırımı ile ilgili olarak çalışmalar yapılmış olup, müdürlüklerin illerinde bulunan telekom müdürlüklerine başvuruları ile birlikte devreye alınmışlardır. Böylece müdürlükler internet ve Bakanlığımız bilgi sistemleri ile ilgili işlemlerini daha hızlı yapabilmektedir. 81 İl Sağlık müdürlüğü ve uzak birimlerin noktadan noktaya olan bağlantılarını en az 512 Kbit, max +2048 Kbit hıza çıkarılmıştır.

10- Ulusal Doktor Veri Tabanı / Doktor Bilgi Bankası

Bakanlığımızca, e-Sağlık projesinde reçete ve diğer işlemlerde kullanılması için "Ulusal Doktor Veri Tabanı / Doktor Bilgi Bankası" kurulması amaçlanmıştır. Türkiye'deki tüm pratisyen hekim, uzman hekimler ve diş hekimlerine ait belirlenen format başlıkları altında veriler tutulacaktır.

Türk Tabipler Birliği (TTB), Milli Savunma Bakanlığı, Yüksek Öğretim Kurulu Başkanlığı ve Özel Hastanelerden gelen veriler veri tabanına aktarılmıştır.

ÇKYS/İKYS modülünün kullandığı veri tabanında ihtisas alt modülünde girilenler aynı veri tabanına aktarılmış ancak mevcut, Türkiye'deki hekim sayısına göre yeterli sayıda olmadığından söz konusu bu veri tabanını kullana-

● Avrupa Birliği hasta bilgileri mahremiyetine dair kriterlerin araştırılması...

Danışmanlık hizmetleri dışında, 2006 yılı içerisinde yapılacak olan ihale ile, e-Sağlık için gerekli donanım, yazılım ve haberleşme altyapısı da temin edilecek ve 2007 ilk yarısında pilot uygulama tamamlanmış olacaktır.

2006 yılı içerisinde devam eden Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü (USVS) ve Minimum Sağlık Veri Setleri'nin (MSVS) belirlenmesi çalışması, ülkemiz için son derece önemli, devrim niteliğinde çalışmalardır. Sağlık sisteminin yönetiminde doğru bilgi ile pek çok hayatın kurtarılacağı açıktır. Ne yazık ki; sağlık yönetiminde en büyük sorunumuz da tam bu noktada ortaya çıkmaktadır. Malesef çok büyük gayret ve maliyet sarfedilmesine rağmen sahadan doğru verinin temini bir türlü gerçekleşmemektedir. Bunun sebeplerinin analizi ve çözüm alternatiflerinin değerlendirilmesi, bu yazımıza sığmayacak boyuttadır. O nedenle sadece, dünyadaki başarılı örneklerden yola çıkarak belirlediğimiz çözümü açıklamakla yetineceğiz.

Ulusal Sağlık Bilişim Standartları başlığı altında bahsettiğimiz USVS çalışması neticesinde, veriyi üreten ve kullanan tarafların, aynı veriden aynı manayı anlamalarını ve aynı amaçla kullanmalarını temin etmeyi sağlayan ve gerekli tüm verilerin detaylı bir şekilde tanımadığı bir sözlük geliştirilecektir. Bu sözlük içerisinde bazı veriler seçilerek Minimum Sağlık Veri Setleri (MSVS) oluşturulacaktır.

MSVS örneğin; Bebek İzlem Veri Seti, Gebe İzlem Veri Seti... şeklinde belirli bir hizmet anında ortaya çıkan veri setlerini ifade edecek ve kullanılan bilgi sistemi tarafından açık bir teknoloji (XML Web Servisleri) kullanılarak Bakanlığa iletilecektir. Dolayısıyla şimdiye kadar kağıt ortamda sağlık kurumlarından İl Sağlık Müdürlüklerine, oradan da Bakanlığa iletilen ve analiz edilmesinde ciddi sorunlar yaşanan bu veriler, artık doğrudan üretildikleri yerden ve elektronik ortamda güncel olarak elde edilecektir.

Minimum Sağlık Veri Setlerinin Bakanlıkta toplanması ile oluşturulan Minimum Elektronik Sağlık Kaydı (ESK) veritabanı, tüm birimlerin ve gerektiğinde vatandaşların erişebileceği bir sistem olacaktır.

Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü'nün hazırlanması ve Minimum Sağlık Veri Setleri'nin belirlenmesi, Bakanlığımızın veri toplama konusudaki disiplini de güçlendirecektir. Mevcut durumu sembolize etmek adına merkez teşkilat birimlerinin, genellikle sadece kendi ihtiyaçlarını esas alarak, tüm taşra teşkilatı birimlerinden veri istediklerini görmekteyiz.

çak yeni bir web uygulaması yazılarak verilerin güncelleştirilmesi için tüm Hastanelerimiz ve il sağlık müdürlüklerimizin kullanımına açılmıştır.

11- Hastane Takip Formu

Bakanlığımız Koordinasyon Merkezi ile birlikte; hastanelerin toplam uzman ve pratisyen hekim sayısı, gün içinde düzenli olarak muayene yapan uzman ve pratisyen hekim sayısı, gün içinde düzenli olarak muayene yapılan oda sayısı ve aylık toplam muayene sayılarının girilebileceği web tabanlı bir uygulama geliştirilmiştir. Hastanelere verilen kullanıcı adı ve şifreler sayesinde forma istenilen bilgiler aktarlabilmektedir.

12- Aşı Stok Kontrol Programı

Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ile birlikte; birinci basamak sağlık kuruluşlarının ürün stoklarının (aşı, antiserum, enjektör) elektronik ortamda dağılımlarının, ürün özelliklerinin (adı, grubu, dozajı ve miadı) belirlenmesi ve bu ürünlerin kurumlar arasında hiyerarşilerini takip etmek amacıyla web tabanlı Aşı Stok Kontrol Programı geliştirilmiştir.

13- Diğer Çalışmalar

"İstanbul'da 6 Eylül 2005 - 11 Eylül 2005 tarihleri arasında gerçekleştirilen uluslararası katılımlı CeBit Euroasia Bilişim 2005 Fuarı Kamu Sektörü bölümü e-Devlet Sergisine, Sağlık Bakanlığı Bilgi İşlem Daire Başkanlığınca katılım sağlanmıştır.

Fuarda, Sağlık Bakanlığı Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi / e-Sağlık (TSBS), Çekirdek Kaynak Yönetimi Sistemi (ÇKYS), Temel Sağlık İstatistikleri Modülü (TSİM), Hasta Takip Sistemi (HTS), Yeşil Kart Bilgi Sistemi (YKBS), Sağlık Bakanlığı İhale Bilgi Sistemi (SBİBS), Tıbbi Cihaz ve Malzeme Kayıt Sistemi (TCMKS), Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS), Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi Sistemi (SABİM), Coğrafi Bilgi Sistemi (CBS) ve Tek Düzen Muhasebe Sistemi (TDMS) projelerinin tanıtımı yapılmıştır.

Ayrıca Kamu Sektörü Forum bölümünde Bakanlığımız bilişim projelerinin sunumu gerçekleştirilmiş olup; SB Diyalog Dergilerinin çeşitli sayıları, Aile Hekimliği Türkiye Modeli, Sağlık 2004 ve Sağlıkta e-Dönüşüm (Türkçe-İngilizce) kitapçıkları ziyaretçilere sunulmuştur.



Halbuki, kimin hangi veriye neden ihtiyaç duyduğu ve bu veriyi sahada kimin ne zaman ürettiği belirlenip, sahadan gelen veriler / Minimum Veri Setleri tek bir veri havuzunda toplanarak, çok daha az maliyette daha kaliteli veri toplamak mümkün hale gelecektir. Herşeyden önemlisi, kurulacak olan Karar-Destek Sistemi ile detaylı analizler yapılarak Sağlık Politikaları daha bilimsel ve teknik yöntemler kullanılarak yapılabilecektir.

Yatırımın Sıradaki Adımı

E-Sağlık alanında yaptığımız çalışmaları anlatırken, sadece kurumsal ihtiyaçlarımızı karşılamaya odaklandığımız izlenimi vermiş olabiliriz...

Halbuki her şeyden önce, Minimum Sağlık Veri Setleri ile Bakanlığa gönderilen sağlık verileri sayesinde, sürveyans sistemi ve erken uyarı sistemi gibi sağlık hizmet kalitesini artırıcı uygulamalar gündeme gelirken; diğer tarafta Aile Hekimlerinden hastanelere gidecek olan vatandaşlarımızın randevu ve sevk işlemlerinin elektronik ortamda yapılması gibi servisler de hayata geçirilecektir.

Ayrıca, verilerin otomatik olarak gönderilmesini sağlayarak, asli görevi sağlık hizmeti vermek olan sağlık personelimizin rapor ve bilgi formu hazırlama gibi idari işlerini hafifleterek verimliliklerini artıracaktır.

Doğum ve ölüm olaylarının takibinde ve bebek, çocuk, kadın ve gebe izlemlerinde sağlayacağı imkanlar da yine doğrudan vatandaşımızın sağlığına yönelik risk ve tehditlerin erken farkedilmesine ve müdahalenin hızla yapılmasına yardımcı olacaktır.

Bilişim teknolojilerinin gün geçükçe hayatımıza daha fazla nüfuz ettiği bu yıllarda, "e"siz bir sağlık yönetiminin artık daha fazla devam edemeyeceğini ve gelişim-değişim döngüsü içerisinde tüm paydaşların eşgüdüm ile hareket etmesi gerektiğini düşünüyoruz.

Bu noktadan hareketle, Bakanlığımızca yürütölen projelerde başta Maliye Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Milli Savunma Bakanlığı, Üniversiteler ve ilgili Sivil Toplum Kuruluşları ile devamlı işbirliği içerisinde çalışılmaktadır.

Böylece, son 2-3 yıldır gerçekleştirilen bazı Sağlık ve Bilişim Projelerinin, kurumsal anlamdan çıkarak artık Türkiye için ilgili paydaşların da ortak kullanabileceği hale getirilmiş olması, Bakanlığımızın en önemli başarılarında birisi olduğuna inanmaktayız.

Araştırma Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı
/ Strateji Geliştirme Başkanlığı





181 sayılı KHK'nin 18. maddesi ile 1983 yılında kurulan, "Araştırma Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı", 22.12.2005 tarih ve 5436 sayılı Kanun ile kaldırılarak yerine, "Strateji Geliştirme Başkanlığı" kurulmuştur.

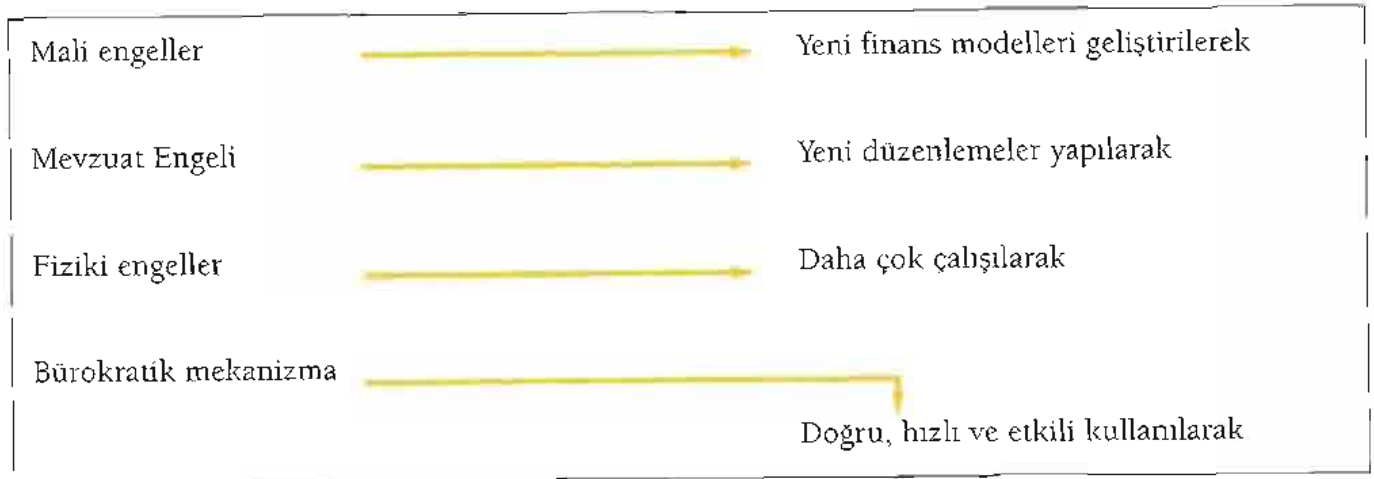
Temel politika "Sağlıklı Yaşama Hakkı"nın tüm unsurlarıyla tesis edilmesidir. Bu amaçla çalışmalarda hizmet alanla hizmet verenin memnuniyeti esas alınmıştır. Yıllardır ihmal edilmiş ancak beklemeye tahammülü olmayan projeler kararlılıkla hayata geçirilmiştir.

*İnsan odaklı, daha çağdaş, daha kaliteli, hasta memnuniyetini esas alan hizmet sunumu için çalışmalar sürdürülmektedir.

Döner Servis ve sisteminde çağdaş uygulama

Performansa dayalı ek ödeme:

- Verimlilik artışı,
- Çalışanlara daha çok kazanma imkanı,
- Hasta memnuniyetinde artış,
- 3000'e yakın muayenehanenin kapatılması. (Şekil 17)





Şekil 17- Sağlık Bakanlığı part-time uzman oranı (%)

*Sağlık hizmetlerinin kalitesinin ve etkinliğinin artırılması, personelin hizmet katkısı oranında dinamik bir süreç dahilinde döner sermaye gelirlerinden yararlandırılması amacıyla performansa dayalı ek ödeme uygulamasına geçilmiştir. Hastaya hekim seçme hakkı veren sağlık çalışanına, ürettiği hizmete paralel ek ödeme öngören bu hizmet 2003 yılında başlatılmış ve uygulama ülke geneline yaygınlaştırılmıştır.

Hizmet sunumunda hasta memnuniyetini hedefleyen ek ödeme uygulamalarında, belirli aralıklarla düzenlemeler gözden geçirilmiş ve performansı artırıcı yönde tedbirler alınmıştır.

Döner sermaye uygulamalarında yeni gelişmeler

- Yeni bina ve ek bina yapımı,
- Ambulans, cenaze arabası, alımı,
- İhale bilgi sistemi,
- Sağlık kuruluşlarında kredi kartı ile 12 aya kadar taksitli ödeme,

■ Özel veya kamu sektöründen yıllara sari hizmet satın alınması.

Bakanlığımız uygulamalarında ilk defa yapılan çalışmalar ve sağlanan kolaylıklarla, gelirleri olduğu halde hizmet sunumu ile doğrudan ilgili olan ihtiyaçlarına bu gelirlerini harcayamayan sağlık kurumlarının, büyük miktarda harcama yapmayı gerektiren tıbbi cihaz ve bina gibi yatırımları, özel veya kamu sektöründen yıllara sari hizmet satın alması yoluyla temini için gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Yine aynı amaçla personel sıkıntısı olan kurumlarımızın bu açıklarını da hizmet satın alarak kapatması sonucu hasta bekleme sıraları eritilerek kaynakların etkin kullanımı ile verimli ve yerinde hizmet alınması sağlanmıştır.

106 sayılı Yönetmelikte yapılan değişiklikle yatırım programı ile ilişkilendirilmesi kaydıyla Bakanlık adına inşa edilecek yeni veya ek binaların yapım giderlerinin kurum ve kuruluşlarımızın kendi döner sermaye kaynaklarından karşılanabileceği hükümü getirilmiştir.

Kurumlarımızca döner sermaye kaynaklı yapılan mal ve hizmet alım ihaleleri tamamen serbest bırakılmış kurum ve kuruluşlarımızın kendi kararlarını kendilerinin vermeleri sağlanmış, iş ve zaman kaybı ortadan kaldırılmıştır.

Hastanelerin döner sermaye gelirlerinden satın alacakları tıbbi cihaz, makine, teçhizat alımı ve bunların onarımı ile bina ortamlarında limite bağlı olmaksızın demirbaş, büro malzemeleri ve büro makineleri alımında yıllık toplam 1 milyon YTL'yi geçmemek şartıyla, Bakanlığımızdan izin alınmaksızın temini için kurum ita amirine yetki sağlanmıştır.

Hastane Performansı Nasıl Ölçülür ve İzlenebilir?

Mehmet DEMİR, Bayram DEMİR, Harun KIRILMAZ
SB Diyalog, Sayı 10

Bakanlığımız hastanelerinde 2004 yılı başından itibaren uygulamaya başladığımız "performansa dayalı ek ödeme" sistemi dinamik bir şekilde devam etmektedir. 2005 yılında "kurumsal kaliteyi geliştirme ve kurumsal performans" kavramı gündeme alınarak uygulamaya yeni bir boyut getirilmiştir. Bu çerçevede hastane hizmetleri iyileştirme çalışmalarının izlenmesi açısından "hastane performansı nasıl ölçülür ve izlenir?" sorusunun cevabı Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Ofisi raporları ve bu konunun uygulandığı ülke örnekleri analiz edilerek verilmeye çalışılmıştır.

- Ölçme, kalite geliştirme konseptinin temeli olarak kabul edilmektedir.
- Ölçme yöntemiyle, hastanelerin sağlık hizmetlerini iyileştirmesi konusunda gerçekte ne yaptıklarının tanımlanması ve hastanelerin iyileştirmeler konusunda yaptıklarının belirlenmiş hedeflerle karşılaştırılması mümkün olacaktır.
- Ölçme stratejilerinin etkisi bazı unsurlara bağlıdır. Bunların başlıcaları: ölçümün amaçları, ulusal kültür, tekniklerin nasıl uygulandıkları ve elde edilen sonuçların nasıl kullanıldıklarıdır.
- Performans ölçüm sistemlerinin kurgusu, nihai hedef olarak bireysel hataları belirlemeden çok hastane performansını iyileştirmeyi amaçlamalıdır.
- Performans ölçüm sistemleri sadece tek veri kaynağına dayanmamalı, farklı bilgiler kullanılmalıdır.
- Performans ölçüm sistemlerinde hastalar sisteme belirgin biçimde dahil edilmeli ve hastaların vermiş oldukları görüşlerin sonuçları şeffaf olmalı ve halkın serbestçe erişimine açık olmalıdır.
- Hastanelerin, bağımsız kuruluşlarca yapılan değerlendirmeler için zamanında, doğru ve tam veri temin etmelerini motive etmek üzere, şeffaflık, profesyonellik ve sorumluluk kültürünün geliştirilmesi gerekmektedir.

- a-Mevcut mevzuatlar çerçevesinde yapılan denetimler ve incelemeler.
- b-Hasta ve hasta yakınlarına yönelik anket-saha araştırmaları.
- c-Bağımsız kuruluşlarca yapılan değerlendirmeler.
- d-İstatistiksel göstergeler.
- e-Özdeğerlendirme süreçleri.

Döner sermayeli işletmeler daha verimli çalışıyor

☐ 215 saymanlık tek düzen muhasebe sistemini uyguluyor.

☑ İhale komisyonlarında görev yapan 800 kişiye KİK ile birlikte eğitim verildi.

☑ 2005 yılında Marmara Bölgesi Yönetici Eğitimi yapıldı.

■ Saymanlık muhasebe bilgileri Bakanlıkça izlenerek gelir-gider ve borç-alacak durumları günlük takip ediliyor.

Merkezden takip edilerek kurumların mali hareketine yön vermek üzere Tek Düzen Muhasebe Programına geçilmiştir. Bakanlığımızca hazırlanan standart Merkezi Veri Tabanının Tek Düzen Muhasebe Programı, kurumlarımızın bağlı olduğu saymanlıklara

KURUM	2004'TEN DEVREDEN ALACAK	OCAK			ŞUBAT		
		TAHAKKUK	TAHSİLAT	BAKIYE ALACAK	TAHAKKUK	TAHSİLAT	BAKIYE ALACAK
BAĞ-KUR	425.958.133	107.332.949	95.155.895	438.135.187	93.774.698	37.402.161	494.501.524
SSK	488.510.451	130.245.279	113.429.789	505.325.941	113.207.792	48.957.453	569.578.280
GEN. BÜT. KUR.	175.844.183	22.104.565	23.830.922	174.017.826	46.954.525	37.809.409	183.166.942
EMEKLİ SANDIĞI	140.044.410	53.907.386	49.710.887	144.241.109	35.360.759	42.230.457	137.362.411
K. BÜTÇE KURUMU	19.740.495	6.947.572	2.912.945	23.775.122	3.549.928	2.583.304	34.741.746
Y.KART YATAN+AYK.	215.406.828	68.589.282	67.510.257	216.484.633	88.384.147	40.130.185	264.736.615
BELEDİYELER	26.858.073	580.563	1.173.752	25.964.879	1.766.561	932.220	26.799.213
ŞAHISLAR	4.574.318	629.495	689.119	4.816.894	714.100	308.728	5.020.096
DiĞER	21.786.509	6.323.602	8.447.357	21.662.754	5.935.736	2.961.640	24.836.850
TOPLAM	1.518.523.202	398.629.693	362.960.730	1.554.222.165	389.648.246	213.326.564	1.730.543.647

	MART			NİSAN		
	TAHAKKUK	TAHSİLAT	BAKIYE ALACAK	TAHAKKUK	TAHSİLAT	BAKIYE ALACAK
BAĞ-KUR	103.981.745	93.733.030	504.750.439	101.865.745	66.810.520	539.805.664
SSK	149.418.772	111.602.606	637.392.246	256.523.344	220.349.293	873.586.297
GEN. BÜT. KUR.	52.957.920	46.016.044	190.105.818	46.232.653	38.510.287	197.829.164
EMEKLİ SANDIĞI	38.642.970	10.348.233	165.457.148	39.947.630	43.577.999	161.826.779
K. BÜTÇE KURUMU	4.061.310	3.550.375	25.252.881	3.938.395	3.445.339	26.745.737
Y.KART YATAN+AYK.	120.967.934	104.078.787	281.827.782	134.134.954	71.241.411	341.521.305
BELEDİYELER	2.033.884	1.031.070	27.802.027	1.924.434	1.133.974	28.590.537
ŞAHISLAR	525.942	243.392	5.202.816	963.557	308.883	5.059.510
DiĞER	6.002.063	3.328.147	27.303.766	4.496.104	6.442.440	25.363.430
TOPLAM	508.592.540	374.234.894	1.854.901.500	589.826.816	454.819.876	1.969.908.443

- Hastanelerin genel olarak yayınlanmış düzenlemelere uygunluğunu izlemek için yasalarla belirlenmiş inceleme mekanizmaları bulunmaktadır. Bunun dışında daha özelliikli olan yangın, hijyen, radyasyon, enfeksiyon kontrolü, kan nakli ve tıbbi alet ve ilaç denetimleri de vardır.
- Denetim standartları, yapının gücüne ve şeffaflığa sahip olmalıdır.
- Zor da olsa zamanında güncellenmeleri gerekir.
- Standartlar, hastanenin çalışması ve hastalara yeterli hizmet sunmaları için asgari standartları gösterirler.
- Standartlar hastane performansı konusunda yeterince yol göstermezler.
- Lisans vermek için yapılan denetimler yeni hastanelerde, özellikle de özel sektör hastanelerinde yapılır.
- Mevcut mevzuatlar çerçevesinde yapılan denetimler ve incelemeler, yerel olarak bir hükümet kuruluşu tarafından yapıldığında personel veya hastalarla paylaşılırlar. Denetimler ve incelemeler merkezileştirildiğinde sonuçlar genelde personel veya hastalarla paylaşılmaz.
- Mevcut mevzuatlar çerçevesinde yapılan hastane denetimi ve incelemeleri standartlara uygunluğu arar. Yeterlilik için asgari gereklilikler cinsinden performansı ölçer. Yenilikleri teşvik etmez ve hasta ve hastanelerin bilgilerini geliştirmez.

- Hasta ve yakınlarına yönelik standardize edilmiş anketler hastane performansını ulusal düzeyde belirgin biçimde ölçebilir.
- Hastane performansı sağlık eğitimi, hastanın yetkilendirilmesi-güçlendirilmesi, konfor, şikâyet mekanizmaları, bakımın sürekliliği gibi konulara daha odaklı hale getirilmelidir.
- Hükümet, sivil toplum örgütleri ve yerel yönetimler hastaları haklarından haberdar etmenin ve bazen çok düşük olan beklentilerini arttırmanın arayışı içinde olmalıdırlar. Bu hastaların beyanlarını yayınlamaları ve hasta haklarının korunmasını yasalaştırarak yapılabilir. Bu şekilde hasta ve hasta yakınlarına yönelik anketler, sağlık bakım ve sonuç deneyimlerini hastaların ve ailelerin algıladığı şekilde değerlendirir.
- Hastaların algılayışlarına yönelik sistematik değerlendirmeler yapılması önem kazanmaktadır.
- Anketler, yerel kağıt-kalem anketlerinden, ulusal kapsamlı dijital anketlere uzanan bir skalada belirlenebilir.
- Ulusal anketler standart tekniklerle, bağımsız kuruluşlar tarafından yürütülür. Yayınlanan sonuçlar hastanelerin performansını belirlemede etkilidir.

	MAYIS			HAZİRAN		
	TAHAKKUK	TAHSİLAT	BAKİYE ALACAK	TAHAKKUK	TAHSİLAT	BAKİYE ALACAK
BAĞ-KUR	114.491.988	82.577.581	571.819.871	112.367.671	112.851.357	571.435.885
SSK	338.620.112	65.260.267	946.926.142	366.657.771	331.656.930	979.926.983
GEN. BÜT. KUR.	46.620.857	48.886.283	196.553.758	49.495.795	47.612.591	197.236.962
EMEKLİ SANDIĞI	41.125.008	39.551.113	163.400.874	43.930.742	35.363.364	171.968.052
K. BÜTÇE KURUMU	4.345.293	1.809.973	26.281.052	3.856.544	3.440.382	26.697.214
Y.KART YATAN+AYK.	139.036.727	137.003.116	343.554.814	143.448.791	86.409.593	400.594.112
BELEDİYELER	1.937.573	1.169.195	29.418.915	2.802.658	934.016	31.287.557
ŞAHISLAR	536.749	284.575	6.911.729	1.192.227	381.743	6.762.218
DİĞER	4.322.098	5.437.434	24.248.094	4.065.850	3.949.377	24.864.567
TOPLAM	691.036.450	389.729.944	2.307.214.949	727.818.049	624.759.353	2.410.273.645

	TEMMUZ			AĞUSTOS		
	TAHAKKUK	TAHSİLAT	BAKİYE ALACAK	TAHAKKUK	TAHSİLAT	BAKİYE ALACAK
BAĞ-KUR	120.134.092	97.106.838	594.431.739	98.519.664	93.360.371	599.591.032
SSK	445.121.255	206.520.437	1.218.527.801	342.804.590	470.450.137	1.090.882.254
GEN. BÜT. KUR.	51.026.790	39.403.024	208.860.728	43.155.048	46.152.980	205.662.796
EMEKLİ SANDIĞI	44.149.670	29.617.534	186.500.188	34.149.232	26.149.737	192.499.683
K. BÜTÇE KURUMU	4.446.429	3.564.260	27.579.383	3.632.457	3.206.067	28.005.773
Y.KART YATAN+AYK.	137.147.697	104.924.746	432.817.081	133.330.482	93.729.722	472.418.821
BELEDİYELER	2.178.152	600.381	33.075.228	1.855.334	1.040.912	33.889.650
ŞAHISLAR	779.538	629.270	8.912.481	675.148	444.305	7.143.324
DİĞER	7.518.850	6.260.547	25.502.870	5.161.703	4.673.801	26.990.772
TOPLAM	813.042.473	489.106.639	2.734.297.479	663.283.658	741.297.832	2.656.284.105

	EYLÜL			EKİM		
	TAHAKKUK	TAHSİLAT	BAKİYE ALACAK	TAHAKKUK	TAHSİLAT	BAKİYE ALACAK
BAĞ-KUR	102.461.701	109.409.116	592.563.617	109.758.381	96.500.764	603.841.334
SSK	362.275.627	58.881.910	1.394.275.971	373.724.607	124.679.866	1.643.321.712
GEN. BÜT. KUR.	50.139.886	36.166.283	219.844.419	53.278.025	45.676.709	227.245.735
EMEKLİ SANDIĞI	37.530.165	30.716.495	199.313.953	38.846.785	28.054.142	210.165.996
K. BÜTÇE KURUMU	4.438.230	3.430.573	29.013.424	4.946.585	3.403.826	30.556.283
Y.KART YATAN+AYK.	139.498.914	71.151.364	540.768.371	141.859.123	76.396.306	606.239.168
BELEDİYELER	2.021.030	832.956	35.077.424	2.125.713	696.402	36.367.035
ŞAHISLAR	856.808	326.989	7.671.143	1.146.904	342.374	8.475.773
DİĞER	6.404.974	5.070.059	26.825.687	7.667.647	3.844.592	30.648.742
TOPLAM	705.627.335	316.539.731	3.045.371.709	733.353.770	581.923.681	3.396.801.798

- Bu metodun avantajları, kamuoyu ve hastaların neye değer verdiğinin kolayca ölçebilmesidir.
- Hükümetler kamu hastaneleri için olumsuz sonuç veren anketleri açıklamakta isteksiz olmaktadır.
- Aslında hastaların büyük çoğunluğunun düşük beklentileri vardır ve memnun edilmeleri oldukça kolaydır.
- Harvard Tıp Okulundaki araştırmacılar hastaların düşünce ve deneyimlerini ölçmek için standardize edilmiş bir enstrümanı geliştirmişlerdir. Bu ilk olarak ABD'de hastanelerde yatan hastalarla ve yakınlarıyla telefonla mülakat için ulusal düzeyde uygulanmıştır. O tarihten sonra da Picker Anketi adıyla Avustralya, Kanada ve farklı Avrupa ülkelerinde uygulanmıştır. Olumlu Picker skorları Michigan hastanelerinde şikayetleri ve beklenmedik ölümleri belirgin biçimde azaltmıştır.
- İngiltere'de bütün hastanelerin her yıl kendi yerel anketlerini yapturaları şart koşulmaktadır. Bu anketler ulusal performansın izlemesi ve referans oluşturulması için standart soru setini içerir. Sonuçlar ulusal performans değerlendirilmesinde kullanılmak için sağlık departmanına gönderilir. Birleştirilen sonuçlar internette yayınlanmaktadır. Yayınlanan sonuçlar hastaların tercihlerini belirlemede etkili olmaktadır.
- Fransa, Yunanistan, Hollanda, İsveç ve İngiltere gibi ülkelerdeki çalışmalar hastaneler arası karşılaştırmaların yerel veya bölgesel seviyede etkili olduğunu göstermiştir.

- Farklı derecede gönüllü ve bağımsız olan bu programlar ziyaretler, anketler, değerlemeler veya denetimler yoluyla dahili öz değerlemeyi harici görüşle birleştirmek için açık standartlar kullanırlar.

- ISO sertifikasyonu hastane performansını hastane fonksiyonu ve amaçlarına göre değil, kalite sistemleri için uluslararası standartlara uygunluğuna göre ölçer.
- Değerlemenin detayları kamuya açık değildir.
- ISO 9000 hastane performansından çok yönetsel prosedürlerle ilgili olmaktadır.
- Standartların terminolojisini sağlık bakımıyla ilişkilendirmek zordur ve yorumlar ulusal kurumlar arasında değişiklik gösterir.
- Denetim süreci, standartlara uygunluğu test eder ve organizasyonel gelişmeyle ilgilenmez. Az sayıda hastane ISO sertifikasına sahiptir ve az sayıda ülkede bu hastanelerin ulusal tescili vardır.

	KASIM			ARALIK		
	TAHAKKUK	TAHSİLAT	BAKİYE ALACAK	TAHAKKUK	TAHSİLAT	BAKİYE ALACAK
BAĞ-KUR	104.539.492	13.015.843	695.364.881	152.261.864	202.807.453	844.769.292
SSK	369.942.416	143.886.391	1.869.377.737	464.587.928	325.391.112	2.013.674.553
GEN. BÜT. KUR.	54.253.445	31.359.704	230.130.476	81.182.863	110.895.267	200.428.072
EMEKLİ SANDIĞI	42.158.219	28.960.901	223.303.594	48.601.442	43.012.348	228.892.788
K. BÜTÇE KURUMU	4.834.898	4.315.988	31.175.293	5.977.559	6.651.349	28.501.503
Y.KART YATAN+AYK.	146.002.511	65.751.118	636.490.581	212.108.466	105.790.104	792.808.943
BELEDİYELER	1.949.573	624.204	37.492.384	4.423.443	4.536.905	37.389.902
ŞAHİSLAR	995.689	418.370	9.055.092	1.253.947	532.365	9.776.264
DİĞER	5.348.503	3.178.196	32.819.049	13.994.938	8.083.205	40.730.782
TOPLAM	730.024.746	311.617.457	3.815.209.087	984.392.450	904.790.338	3.996.871.199

2004 DEVREDEN BAKİYE ALACAK

1.518.523.202

TOPLAM TAHSİLAT

5.456.958.229

2005 TOPLAM TAHAKKUK

7.935.306.226

BAKİYE TOPLAM ALACAK

3.996.871.199

kurularak, kurumlarımızın tüm mali bilgileri Bakanlığımızda anında izlenmektedir. Kurumlar da bu program sayesinde mali bilgilerine internet ortamında anında ulaşmaktadır.

Sağlık İhale Bilgi Sistemi (SİBS) kurulması ile tüm döner sermaye işletmelerinin ihale bilgileri şeffaf hale getirilerek denetlenmektedir. Bakanlığımızca merkezi veri tabanı olarak hazırlanan İhale Bilgi Sistemi uygulamaya konularak tüm döner sermaye kurumlarının, döner sermaye kaynaklı alım sonuçları ile ilgili bu programa veri girişi yapmaktadırlar. Bu sayede ihale sonuçları merkezden izlenerek oto kontrol sağlanmaktadır. Kurumlar birbirlerinin alım fiyatlarını bu program sayesinde görmekte ve kendi alımlarında da bu programdan yararlanmaktadırlar. Bu sayede kurumlararası aşırı fiyat farklarının önüne geçilmesi sağlanmaktadır. Ayrıca kurumlar, yaklaşık maliyet hesaplarında bu verileri kullanmaktadırlar.

Bütün bu uygulamalar kaynakların etkin ve verimli kullanımına yönelik olarak yapılan düzenlemelerdir.

Önemli bir adım: Kamuda ilk e-ihale

4734 sayılı Kamu İhale Kanunu'nun temel ilkeleri korunarak ihtiyaçların en etkin ve en uygun maliyetle karşılanması noktasında en önemli hedef Elektronik Kamu Satın Alma Projesidir. Projenin aşamalı olarak hayata geçirilmesi ve projede sağlıklı bir ilerleme sağlanması noktasında pilot uygulama zorunluluk arz etmektedir.

Bu nedenle Bakanlığımıza bağlı hastanelerin yatarak tedavi gören hastalar için Kamu İhale Kanunu kapsamında yaptıkları ilaç alımlarında, Elektronik İhale Pilot Projesinin uygulamaya konulması için Kamu İhale Kurumu ile görüş birliğine varılmış ve bu amaçla anılan kurumla 11.11.2005 tarihinde protokol imzalanmıştır.

"Hastaneler her insan için bir başlangıç ve sonudur. Hiçbir bina hastaneler kadar evrensel değildir. Yine hiçbir bina hastaneler kadar bütün insanlığa ait değildir."

- Akreditasyon programları hastane performansını yayınlamış organizasyonel (ve artan bir şekilde kliniksel) süreç ve sonuçlara uygunluk açısından ölçer.
- Genellikle bağımsızdırlar ve düzenlemeden çok organizasyonel gelişimi hedeflerler ama ulusal performans ölçüm sistemlerine güvenilir veri teminine katkıda bulunabilirler.
- Değerlendirme standartları özellikle sağlık hizmeti için geliştirilmiştir.
- Hastanelerin değerlendirilmesinde, dahili öz değerlendirme, farklı disiplinlerden gelen sağlık profesyonellerinin yaptığı harici anketler ve sınırlı sayıda istatistiki göstergeler referans alınır.
- Global düzeyde yapılan bir çalışma 36 adet ulusal çapta akreditasyon programını belirlemiştir. 2002 yılında DSÖ Avrupa Bölgesinde yapılan bir araştırma tüm hastanelere odaklı 17 adet benzer program belirlemiştir. Fransa, İtalya ve İskoçya'da yakın zamanda zorunlu programlar uygulanmıştır.
- Avrupa'daki ulusal programlar, Sağlık Hizmetinde Kalite İçin Uluslararası Birlik'in (ALPHA) prensiplerine göre standart ve değerlendirme süreçlerinin gönüllü olarak birleşmesi için prensip anlaşmasına varmışlardır. ALPHA programı standartları temel alan değerlendirme sistemlerini ülke içinde ve ülkeler arasında daha güvenilir, geçerli ve uyumlu kılmayı amaçlar. Kabul edilen programların çoğu dahili ve harici değerlendirmeye tabi tutulmuştur; ancak bu değerlendirmelerin çok azı sentez yapmaya imkan veren karşılaştırmalı metodları kullanmıştır. Hastanelerin yayınlamış standartlara hızla uyum sağladığı ve dışsal değerlendirmelerden önce organizasyonel süreçleri geliştirdikleri yolunda çok sayıda kanıt bulunmaktadır. Fakat bunun klinik süreçler ve çıkımlar açısından yararlar getirdiğine yönelik az sayıda veri vardır.

- İstatistiksel göstergeler performans yönetimi, kalite geliştirilmesi ve ileriki araştırmalar için fikir verebilir. İstatistikler mutlak mesajlardan çok göreceli mesajlar verirler.
- Kullanılan tanımlar ve dayandıkları verilerin kalitesiyle orantılı olarak dikkatlice yorumlanmalıdır.
- Göstergeler hastane performansını dahili veya harici olarak değerlemek için kullanılan araçlardır. Önceden belirlenmiş hedeflere uygunluğu ölçmek için tasarlanmalıdırlar, ancak uygulamada genellikle rutin biçimde sağlanacak her datayı baz alacak şekilde seçilirler.
- Standardizasyon hastane içindeki ölçümler için gereklidir ve hastaneler arası karşılaştırmalar için önemlidir.
- Farklı hastanelerden performans ölçümleri hesaplanmış göstergeler veya ham veriler işlenip, toplanıp, analiz edilip merkezi bir kuruluş tarafından yayınlatabilirler.

Yatırımları

Geçmiş yıllarda temeli atılmış, yarım bırakılmış yatırımlar hızla tamamlanarak hizmete sunulurken, diğer yandan kısıtlı kaynakları verimli kılarak, alternatif finansal kaynakları da devreye sokularak çağdaş uygun projeler hayata geçirilmiştir.

Hastaneler insanlığın ortak mülküdür.

2005 yılında tamamlanan hastanelerimizden hizmete açılanlar

Ağrı - Merkez	Devlet Hast.
Ankara - Gölbaşı	Devlet Hast.
Antalya - Kumluca	Devlet Hast.
Bursa - M. Kemalpaşa	Dev. Hast. Ek Bina
Denizli - Merkez	Servergazi Dev. Hast.
Iğdır - Merkez	Dev. Hast.
Rize - Fındıklı	Dev. Hast.
Rize - Merkez	Dev. Hast.
Siirt	Doğumevi
Yozgat - Merkez	Bozok Dev. Hast.
Zonguldak - Ereğli	Dev. Hast. Ek Bina



Devlet Hastanesi / RİZE



Devlet Hastanesi / AĞRI



Kartal Koşuyolu Kalp Damar Hastanesi / İSTANBUL

■ Sonuçlar genellikle hükümet yayını, web sitesi veya bağımsız medyada hastaları hedef alacak şekilde yorumlanır ve rehberlik edilecek şekilde yayımlanır.

■ İstatistiksel göstergeler performans ölçümünün erişilebilir, oldukça ekonomik ve potansiyel olarak standart yollarını gösterir. Ancak kullanımlarıyla ilgili birçok uyarı vardır. Hastane performansı üzerine ham verinin yorumlanması hastanenin kontrolünün dışında birçok sosyal ve ekonomik değişkene dayanır. Üstelik hastaneler harici hedefleri gerçekleştirmek için dahili veri toplama işlemini değiştirebilir ve çıktıları iyileştirmek için yüksek riskli bireylere müdahaleyi reddedebilirler. Birbirinden farklı faaliyetlerin bileşik ölçümleri, özelliği olan öğelerin katkılarının anlaşılmasını güç hale getirir. Birçok hastanenin standart göstergeleri derlemek için uygun verisi yoktur, veri toplamının maliyeti değerini aşabilir.

■ Ulusal göstergeleri geliştirmek ve geçerli kılmak için gerekli zaman ve yatırım genellikle göz ardı edilir. "Sitzia Çalışması"nın vardığı sonuç şudur: "Hükümet denetimi ve zayıf hizmet sunucularının belirlenmesini amaçlayan göstergeler, onu sağlayanlarla birlikte düşük güvenilirliğe sahip olmuşlardır. Ayrıca, bu göstergelerin güvenilirmez ve geçersiz oldukları düşünülmektedir."

■ Avrupa Sağlık Hizmeti Sonuçları Takas Merkezi (ECHHO) araştırma projesi sağlık hizmeti sonuçlarını değerlendirmek için ulusal planlar ve belirli bilimsel müdahalelerin çıktılarını analiz eden mevcut projeleri tasniflemiş ve bunların bibliyografyasını hazırlamıştır. Başka bir AB araştırma projesi ise hastane kullanımının uygunluğunun ölçümünü incelemiştir. Sağlık Hizmeti Kalite Göstergeleri (HCQI) üzerine mevcut bir OECD projesi karar vericilere hastanelerden çok sağlık sistemlerinin performansını geliştirmek için kanıt temelli politikaları formüle etmelerinde yardımcı olacak ölçüler geliştirmektedir.

■ DSÖ Avrupa Bölge Ofisi 2003 yılında hastanelerin gönüllü oto-değerlendirme ve diğerleriyle karşılaştırma yapabilmeleri için 6 alanda performans ölçütlerini belirlemeye başladı. Bunlar;

a) klinik etkinlik

b) hasta merkezli hizmet

c) üretimde etkinlik

d) güvenlik

e) personelin gelişimini sağlamak

f) hesap verebilir yönetim

■ Çek Cumhuriyetinde sıradan verilerden elde edilen göstergelere göre sık karşılaşılan vakalarda yönetimi standardize eden rehberler yayımlandıktan sonra ortalama kalış süresi ve vaka maliyetleri klinik sonuçlara zarar vermeden azaltılmaktadır.

İnşaatları 2005 yılında
tamamlanıp, hizmete açılma
aşamasında olan
hastanelerimiz:

Adıyaman - Merkez	Devlet Hast. Ek Bina
Bilecik - Gölpaazarı	Devlet Hast.
İstanbul - Fatih	Haseki Hast. Ek Bina
Mardin - Dargeçit	Devlet Hast.
Mardin - Derik	Devlet Hast.
Mardin - Ömerli	Devlet Hast.
Ankara	Ank. Hast. Ek Bina
Ankara - Sincan	Devlet Hast.
Artvin - Merkez	Devlet Hast. Ek Bina
Balıkesir	Devlet Hast. Ek Bina
Balıkesir - Edremit	Devlet Hast.
Burdur - Bucak	Devlet Hast. Ek Bina
Burdur - Tefenni	Devlet Hast.

Diyarbakır - Bismil	Devlet Hast. Ek Bina
Diyarbakır - Çermik	Devlet Hast.
Diyarbakır - Dicle	Devlet Hast.
Erzurum	Numune Hast. Ek Bina
Gaziantep	Devlet Hast. Ek Bina
Hatay - Altınözü	Devlet Hast.
İstanbul - Kartal	Koşuyolu Hast. Ek Bina
Kastamonu - İhsangazi	Devlet Hast.
Kars - Merkez	Devlet Hast.
Kars - Kağızman	Devlet Hast.
Kırklareli - İğneada	Devlet Hast.
Kocaeli - Karamürsel	Devlet Hast.
Kütahya - Çavdarhisar	Devlet Hast.
Manisa - Akhisar	Devlet Hast.
Manisa - Salihli	Devlet Hast. Ek Bina
Mersin - Bozyazı	Devlet Hast.
Mersin - Merkez	Çocuk Hast.
Mersin - Merkez	Doğumevi

Avustralya, İskoçya ve Amerika'daki yakın tarihli raporlar performans ölçümü için harici mekanizmaların dahili gelişmeye ve kamu sorumluluğuna nasıl katkıda bulunabileceğini incelemiştir. Genel sonuçlar şunlardır:

- Gönüllü kuruluşlar (sivil toplum kuruluşları) ve resmi kurumlar karşılıklık ve uyum için aktif biçimde koordine edilmeli.
- Hastalar ve geri ödeme kuruluşları belirgin biçimde dahil edilmeli.
- Ulusal programlar uluslararası olarak karşılaştırılabilir olmalı.
- Harici değerlemelerin standart, süreç ve sonuçları şeffaf ve kamuya açık olmalı.

2005 yılında 36 sağlık ocağı, 2 sağlık evi, 2 halk sağlık laboratuvarı, 1 sağlık meslek lisesi, 1 sağlık müdürlüğü hizmet binası, 1 sağlık araç bakım onarım merkezi yapılmıştır.

Hastane ve muhtelif sağlık tesislerinin bakım ve onarımı için 2005 yılında 76.553.000 YTL ödenek gönderilmiştir.

Yatırım programında yer alan 42 hastane, 84 sağlık ocağı ve 2 verem savaş dispanserininin 2006 yılında tamamlanması planlanmıştır.

Devam Eden Önemli Yatırımlar:

- 70 tane 25-50 yataklı hastane,
- 46 tane 51-200 yataklı hastane,
- 27 tane 201-600 yataklı hastane,
- 72 tane muhtelif ekipman,
- 103 tane sağlık ocağı,
- 23 tane diğer sağlık yapıları inşaatları olmak üzere yaklaşık 20 Bin yatak kapasiteli hastane inşaatları sürmektedir.

Devam eden yatırımlar ile yapılması planlanan yatırımların yaklaşık proje stok tutarı 3,5 milyar YTL (3,5 katrilyon TL)'dir.

Rasyonel olmayan 394 proje 2003 yılında yapılan "Envanter Çalışması" kapsamında iptal edilmiştir.

- 27 devlet hastanesi,
- 128 sağlık ocağı,
- 211 sağlık evi,
- 5 sağlık meslek lisesi,
- 9 halk sağlığı laboratuvarı,
- 4 ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi,

- 4 verem savaş dispanseri,
- 6 sağlık müdürlüğü hizmet binası.

Toplam 394 proje iptal edilerek 300 milyon YTL kaynak tasarrufu sağlanmıştır.

Yeni Planlanan Bölgesel Sağlık Yapıları

Sağlık hizmetlerini kolay ulaşılabilir, çağdaş ve insan onuruna yakışan fiziki mekanlarda sunabilmek için sağlık bölgeleri ve sağlık mimarisinin geliştirilmesi çalışmaları hızla devam etmektedir.

Finansman kaynakları

- Genel bütçe,
- Döner sermaye, Hazine arazisi satışı ve/veya arsa takası, fonksiyonelliği azalmış sağlık binalarının satışı, yerel kaynak,
- Sivil toplum kuruluşları,
- Hayırseverler,
- Belediye,
- İl Özel İdaresi,
- Kamu Özel Sektör İşbirliği,
- Dış Kaynak.

Etkili, ulaşılabilir sağlık hizmeti hedefimiz doğrultusunda, 24 bölge için planlanan eğitim ve araştırma hastanelerinden ikisinin temeli 2005 yılında atılmış ve 2007 yılında bitirilmesi planlanmıştır. Diğer bölge eğitim ve araştırma hastanelerinin proje çalışmalarına devam edilmektedir.

Hastane performans sonuçlarının lig puan cetveli gibi yayınlanması gelişmeyi cesaretlendirmeyi, hasta tercihinin güçlendirilmesini ve şeffaflığı amaçlar. Bunun veri kalitesine halkın ilgisini ve yönetimin dikkatini artırdığına dair kanıtlar bulunmasına karşın performansa çok etkisi olduğu söylenemez.

Politika üretme açısından birçok soru ortaya çıkar.

Ulusal politika: Performans yönetimi ve kalite iyileştirmesi için yayınlanmış, açık, ayrıntılı bir plan var mıdır? Hastane performans ölçümü o planın hangi uzun vadeli amaçlarını elde etmek için tasarlanmıştır?

Hak sahiplerinin katılımı: Hak sahipleri (kamu, çalışanlar, sigortacılar, yöneticiler) hastane performans sonuçlarını tanımlama, ölçme, yorumlama ve kullanmada hangi role sahiptir? Aynı sistem hem kamu hem de özel hastanelerde uygulanabilir mi? Gönüllü performans ölçümü ulusal bir sisteme nasıl adapte edilecektir ?

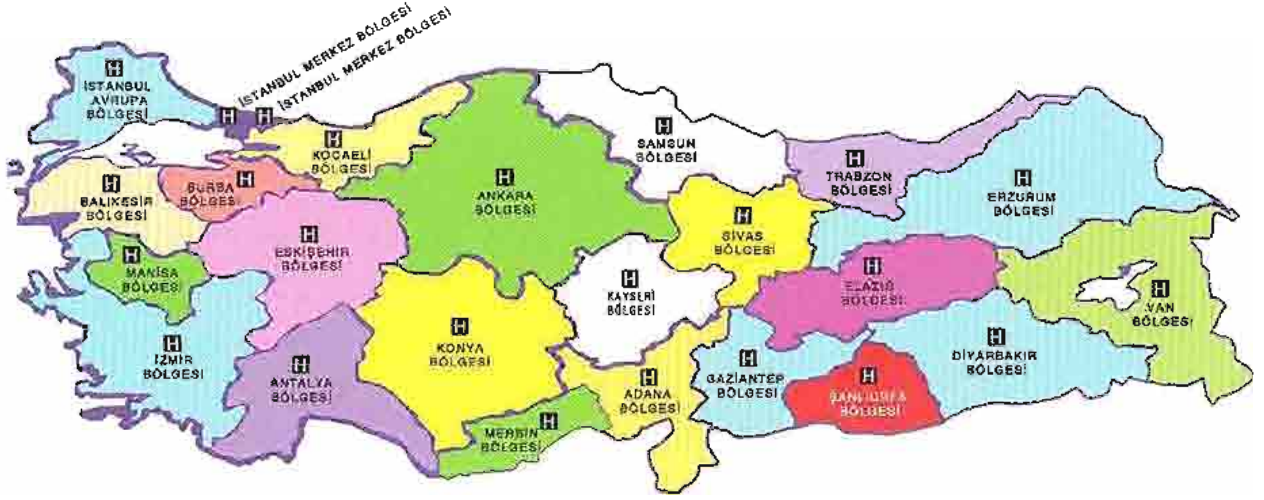
Erişilebilirlik, kabul edilebilirlik ve kredibilite: Hastaneler için tam, doğru ve dakik veri setini temin etmek için ne kadar yatırım yapılmalı ? Verilerin politik, ticari ve finansal nedenler için manipüle edilip oynanmasının önüne geçecek önlemler neler olacak?

Değerlendirme ve yayınlama: Hastaneler için performans verisi hak sahiplerine hangi formatta verilecek? Yorumlama için özellikle halka ne gibi bir yardım sağlanacak? Bilginin özgürlüğü ve veri koruması/gizliliği nasıl bağdaştırılacak?

Oldukça karmaşık bir süreci içinde barındıran hastane hizmetlerinin tanımlanması, ölçülmesi, değerlendirilip, yorumlanması, ortaya çıkan çıktılardan sağlık politikalarının oluşturulup nihai amaç olan sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, kaliteli, verimli hizmet sunumunun sağlanması konusunda ülke olarak daha henüz işin başında olduğumuz görülmektedir.

Bir başlangıç olarak, yazıdaki performans ölçüm kavram ve metodlarından bazılarının hastanelerimiz tarafından uygulanması için "SAĞLIK BAKANLIĞI YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI KURUMSAL KALİTEYİ GELİŞTİRME VE PERFORMANS DEĞERLENDİRME YÖNERGESİ" hazırlanarak yürürlüğe sokulmuştur. Yönergede kurumsal performans ölçüm yöntemleri dört başlık altında toplanmıştır. Bunlar ;

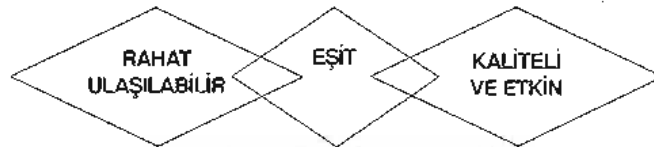
1-Poliklinik Hizmetleri



Gerekeçe: Her yıl yüz binlerce hastanın tedavi olmak için büyükşehirlerdeki hastanelerde karşılaştıkları sorunlar;



Çözüm



SAĞLIK HİZMETİ ALABİLECEKLERDİR...

Ayrıca

BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE
EĞİTİM ÇALIŞMALARI

TASARRUF

İMKANLARIN
AÇIK KULLANIMI

GİBİ KAZANIMLAR OLACAKTIR.

2-Kurum Kalite Kriterleri

3- İl İdare Kurulu Değerlendirmesi

4- Hasta ve Hasta Yakınları Memnuniyet Anketleri

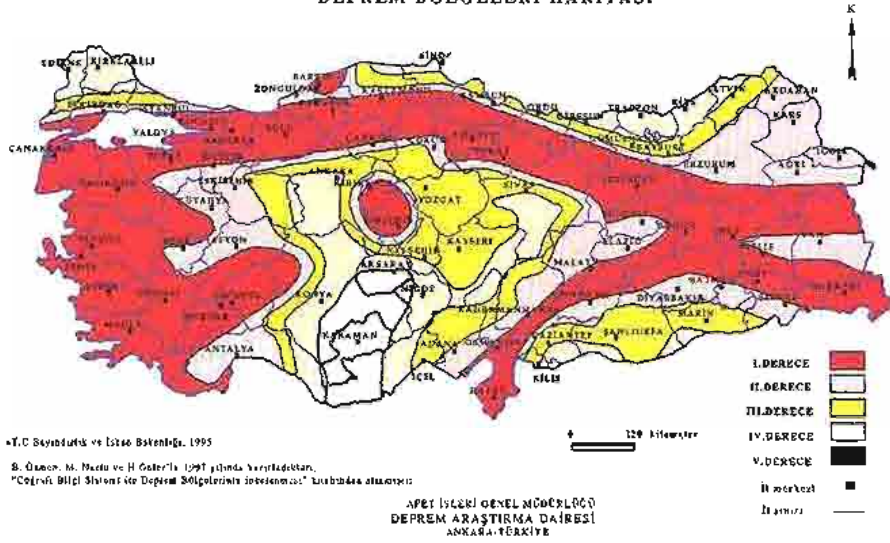
Bu şekilde her başlık altındaki süreç ölçülüp, değerlendirilerek bir hedef katsayı tespit edilmiştir. Dört başlığın katsayılarının aritmetik ortalaması ile kurumun o dönem "kurumsal performans katsayısı" ortaya konmuş olacaktır. Bu şekilde sınıflandırılmış hastanelerin birbirleriyle sayısal olarak karşılaştırılması ve hastanelerin belirlenmiş hedeflere olan uzaklıklarını bilmek mümkün olacaktır.

Poliklinik Hizmetleri Katsayısı: Her ne kadar hastane performans ölçüm yöntemi olarak DSÖ tarafından önerilmemiş olsa da, başlangıçta ülkemiz için uygun bir gösterge olarak kabul edilmiştir. Bilindiği üzere sağlık hizmetlerindeki en büyük tıkanıklık poliklinik hizmetlerinde olmaktadır. Ayrıca Sağlık Ocağı sistemi bugün geldiği nokta itibariyle hasta talebini karşılamada yetersiz kalmıştır. Hastane polikliniklerimize ertelenemez bir hasta talebi artarak devam etmektedir. Bu çerçevede hasta talebini karşılama ve hastanın hekim tercihiine cevap verebilmek açısından poliklinik hizmetleri yapabilecek tabip sayısının, poliklinik oda sayısına oranı bir ölçüm metodu olarak kullanılmıştır. Oranın büyük olması, hasta talebinin karşılama başarısının, hastanın hekimini seçme hakkının sağlandığının, muayene için ayrılan sürelerin uzaması sonucu hasta bakım kalitesinin yükseldiğinin, bekleme sürelerinin kısaldığının göstergesi olacaktır.

Kurum Kalite Kriterleri Katsayısı: Uluslararası akreditasyon standartlarının (Joint Commision International Accreditation) başlangıçta belirli sayıda (100) kriteri alınarak bir öz değerlendirme formu hazırlanmıştır. Her ne kadar harici bir değerlendirme olmasa da başlangıçta hastanelerin bu süreci gündemlerine almaları sağlanmıştır. Kurumlar bu şekilde bir öz değerlendirme ile uluslararası bir standardın ne kadarını karşıladıklarını belirlemiş olacaklardır. Ulusal akreditasyon kurumlarının kurulması ile harici bir değerlendirme süreci de başlamış olacaktır.

İl İdare Kurulu Değerlendirme Katsayısı: İl idare kurulunun her yıl Bakanlığımıza bağlı sağlık kurum ve kuruluşları ile ilgili düzenlemesi gereken rapor, ölçülebilir hususları içeren bir süreci tanımlayan değerlendirme formu haline getirilmiştir. İl Sağlık Müdürlüğü, hastanenin fiziki, personel, yönetim, cihaz, hizmet süreçleri gibi hususları içeren bir değerlendirme formu ile hastaneleri değerlendirerek il idare kuruluna sunacaktır. İl idare kurulu raporu inceleyerek karara bağlayacaktır. İl idare kurulu ildeki hastaneleri karşılaştırılabilir, ölçülebilir kriterlerle değerlendirme imkanına kavuşacaktır. Bu şekilde hastanelere il imkanları ile aktarılabilecek kaynakların paylaşılması daha objektif olacaktır. Yerel yönetimlerin bu değerlendirmeleri sağlık kuruluşları konusunda sorumluluklarını geliştirmeleri de sağlanmış olacaktır.

DEPREM BÖLGELERİ HARİTASI



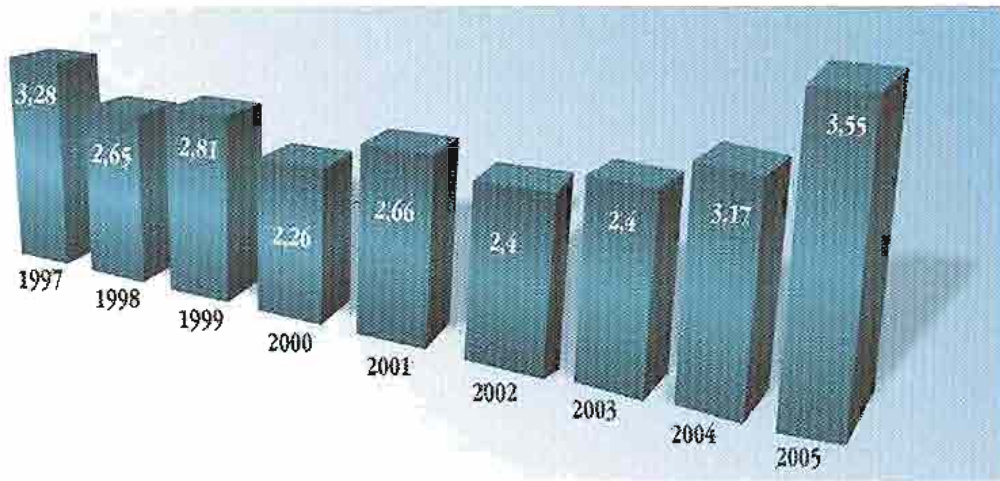
Deprem Güçlendirme Çalışmaları

Ülkemizin önemli bir bölümünü deprem kuşağında bulmaktadır. Bu nedenle deprem güçlendirme çalışmalarına öncelik verilmiş ve öngörülen ödenekler çerçevesinde 1. derece deprem kuşağı ve aktif fay hatlarında bulunan 25 ildeki 70 hastanenin zemin etüdü ve güç-

lendirme çalışmaları yapılmıştır. Deprem Güçlendirme çalışmaları aralıksız devam etmektedir.

Bütçe Dairesi Başkanlığı:

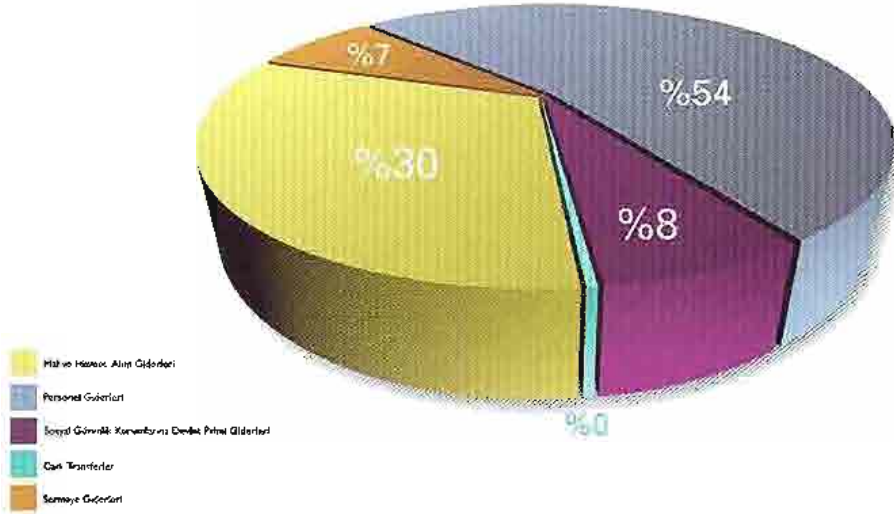
Sağlık Bakanlığı Bütçesi son on yılın en yüksek bütçe rakamlarına ulaşmıştır. (Şekil 18)



Şekil 18- Sağlık Bakanlığı bütçesinin yıllar itibariyle genel bütçe içindeki dağılımı (%).

Hasta ve Hasta Yakınları Memnuniyet Anket Katsayısı: Yatan ve ayaktan hastalara yönelik iki anket seti ve anket uygulama ilkeleri belirlenmiştir. Anketler ile hasta ve hasta yakınları bu süreçte dahil edilmiştir. Bu şekilde kamuoyu ve hastaların neye değer verdikleri ile sağlık bakım ve sonuçlarının hastalar ve aileleri tarafından nasıl algılandığı standart olarak ortaya konmuş olacaktır. Anket uygulaması dahili yapılacağı gibi harici olarak Bakanlık tarafından da yapılacaktır.

Bir başlangıç olarak belirlenen bu kriterler ile Bakanlığınıza bağlı bütün hastaneler buldukları sınıflara göre karşılaştırılabilecektir. Ülke ortalamasının altında kalan hastaneler objektif ölçülerle tespit edilmiş olacaktır. Bu, sorunların doğru tespit ve çözümüne katkıda bulunacaktır. Ayrıca sağlık hizmetine ulaşmaktaki engellerin "Sağlıkta Dönüşüm Programı" ile kaldırılması sonucu, 2003 yılı başından itibaren artarak devam eden hasta başvuru talebini, 2004 yılında kişisel performans uygulaması ile motive edilerek karşılayan sağlık personeli, "kurumsal kaliteyi geliştirme ve kurumsal performans" uygulaması ile daha nitelikli karşılar hale gelecektir.



2005 mali yılı Sağlık Bakanlığı Bütçesi'nin harcama kalemlerinin yüzdelerik dağılımı.

Yatırım Bütçesinin Bakanlık Bütçesine Oranı

	Bakanlık Bütçesi	Yatırım Ödeneği	BAKANLIK BÜTÇESİ/ YATIRIM ORANI(%)	2004 REEL FİYATLARI
2005	5.462.974	414.306	7.5	360.909

Sağlık Bakanlığı bütçesi 2004 yılında Genel Bütçeden %3.17 pay alırken bu oran 2005 yılında % 3.55'e çıkmıştır.

Afelilerde Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı

APK Kurul Başkanlığında görev ifa eden Afelilerde Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı 2005 Yılında Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesine alınmıştır.

Sağlıkta Kamu-Özel Ortaklığı Modeli

Kurul Başkanlığınca "Kamu-Özel Ortaklığı Modeli" çerçevesinde yapılan çalışmalar neticesinde hazırlanan "Kanun Teklifi" 5396 Sayılı Kanun olarak kanunlaşması ve 15 Temmuz 2005 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir.

Kanun kapsamında hazırlanan ve kanunun uygulama "Usul ve Esaslarını" belirleyecek olan "Bakanlar Kurulu Karar Taslağı" Kurum görüşlerine sunulmuştur.

Kurul Başkanlığınca yürütülen Kamu-Özel Ortaklığı Modeline ilişkin çalışmalar çerçevesinde; İngiltere modeli incelenmiş ve bu modelden nasıl yararlanacağı hususlarında çalışmalar yürütülmüştür.

Sağlıkta Kamu-Özel Ortaklığı

Kenan BOZGEYİK
SB Diyalog, Sayı 11

Ülkemizin sağlık altyapısı "fiziksel mekan" açısından değerlendirildiğinde tüm iyileştirme çalışmalarına rağmen henüz yeterli kapasiteye ulaşamadığı bilinen bir gerçektir. Fiziksel kapasite üretimi mevcut ve süregelen yatırım bütçe imkanları ile AB ortalamasının oldukça gerisinde kalmıştır. Ülkemiz OECD ülkeleri içinde yatak sayıları itibarı ile henüz olması gereken noktada değildir.

Tıp alanında çok hızlı meydana gelen değişimler gelişmekte olan ülkelerin sağlık finansmanlarını dramatik bir hale getirmektedir. Sisteme prim katkısı sağlayanların azlığı devletin küçülme stratejisi ile birleşince zaten pahalı olan sağlık hizmeti sunumu gittikçe güçleşmektedir.

Kaliteli fiziksel mekan üretmek yeterli olmamakta, yeni teknoloji ürünü medikal ekipman sağlanması ayrı bir finansman gücüne boyutunu gündeme getirmektedir. Ülkemizde sağlık bütçeleri rakamları göreceli olarak genel bütçe oranları içerisinde artış göstermekle birlikte yeterli hizmet sunumuna yetecek kadar altyapı üretilmesine imkan verecek düzeye ulaşması henüz söz konusu olamamaktadır. Mevcut duruma hızlı nüfus artışı da eklendiğinde altyapı finansman sorununun çözümünde en az 15 yıllık bir zamana ihtiyaç duyulduğu açıktır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda fiziksel mekan ve ekipman eksikliği kendisini hissettiren bir durumdur. Hizmetlerini kaliteli, adil ve sürdürülebilir olarak sunulabilmesi için altyapı yatırımlarının finansman ihtiyaçlarının hızla karşılanması gerekmektedir. Altyapı gereksinimlerini karşılanabilmesi için farklı yatırım konseptlerinin geliştirilmesi gereğinden hareketle, Bakanlığımız alternatif yeni "finansman modelleri" üzerine çalışmalara hız vermiştir. Kamu ve özel sektörün altyapı ve hizmet sunmak amacıyla ortak yatırım yapması esasına dayanan "Kamu-Özel Sektör Ortaklığı Yatırım Modeli" bu konseptlerden birisidir.

■ Kamu sektörü ile özel sektörün altyapı ve hizmet sunmak amacıyla işbirliği ve ortaklık içinde çalışmasını içeren bir kavramdır.

■ Bir ucunda devlet mülkiyeti ile geleneksel tedarik, diğer ucunda ise tamamen özelleştirme bulunan skala üzerindeki bir dizi alternatif yapıdan biridir.

■ Kamu Sektörü Tarafından Geleneksel Finansman Yoluyla Varlık Edinmesi

Yine aynı çerçevede yapılan çalışmalar kapsamında İspanyol Hükümeti FEV fonundan 450.000 Euro'luk hibe temin edilmiştir. Bu fon Aralık 2005'te onaylanmıştır. Hibe fonunun kullanılmasına yönelik çalışmalar devam etmektedir.

Bu çalışmalar çerçevesinde 2005 Ocak ve Şubat aylarında kamu kesimi ve özel sektörle çalışma toplantıları yapılmıştır.

Ayrıca Bakanlar Kurulu Taslağı hazırlıkları kapsamında Maliye, DPT, Hazine görevlileri ile muhtelif çalışmalar yapılmıştır.

Coğrafi Bilgi Sistemleri

Sağlık Bakanlığına bağlı hastane, sağlık ocağı, sağlık evi vb kurumların harita üzerine işlenmesi, bölge, il, ilçe, birim bazında coğrafi ve coğrafi olmayan sorgulama ve analizlerin yapılması, yeniden planlamada harita ve coğrafi bilgilerin de kolaylıkla kullanılabilmesi, ÇKYS ve diğer projelerle entegre ola-

bilen, açık ve uluslararası bir GIS yazılımı olan Mapinfo ile entegre edilmiş bir uygulamadır.






Sağlık Tesislerinin Yerinde İncelenmesi ve İhtiyaçların Tespiti Çalışmaları

2004 yılında başlanan ve sağlık tesislerinin mevcut durumunun tespiti ve ihtiyaçların mahalli yönetimlerin de görüşlerini alarak planlanması amacıyla yürütülen bölge gezilerine 2005 yılında da devam edilmiştir.

Yılın ilk aylarında başlanmak suretiyle başta Doğu Anadolu Bölgesi, İç Anadolu, Ege ve Marmara bölgelerindeki Ağrı, Hakkari, Sakarya, Çorum, Bolu, Düzce, Denizli, Amasya, Aydın, Tokat, Kocaeli, İstanbul olmak üzere yurdumuzun değişik illeri Sağlık Bakanımız Prof. Dr. Recep AKDAĞ'ında katıldığı Bakanlık üst düzey yetkilileri tarafından ziyaret edilerek sorunlar yerinde tespit edilmiştir.

SAĞLIK BAKANLIĞI PROJE BÖLGELERİ (Project regions of ministry of health)



-  Temel Sağlık Hizmetleri Projeleri (Prj. of Primary Health Services)
-  Marmara Depremi Acil Destek Programı (M. Earthquake Support Program)
-  2. Sağlık Projesi İlleri (II. Health Project Provinces)
-  İl Sınırı (Province Border)
-  Aile Hekimliği pilot bölge 2005 (Family medicine regions)

Özellikler (Özellikler)

- Tasarla, Yap, Finanse Et ve Devret (TYFD)
- Yap İşlet ve Devret (YİD)
- Yap, İşlet ve Sahip ol (YİS)
- Tasarla, Yap, Finanse Et ve İşlet (TYFİ)

Özellikler (Özellikler)

- Kamu tarafından düzenlenir fakat daimi olarak Özel sektör sahip olur.

Kamu-Özel Ortaklığı Modeli'nin ana özellikleri;

- Belirli bir hizmet üretimini veya bunun sonuçlarını satın almak,
- İstenen hizmeti projenin süresi boyunca gerekli standarda uygun biçimde sunacak bir süreç oluşturmak,
- Kullanıcı, hizmet sağlayıcı ve başlıca fon sağlayıcılara çıkarlarını birleştirmek,
- Kamu-özel sektör arasında karşılığa değil ortaklığa dayalı bir ilişki kurmak, olarak sıralanabilir.

Bu modelin hayata geçirilmesinde en önemli hususlar ise;

- Siyasi tahahüt,
- Yetki yasaları,
- Uzmanlık,
- Proje önceliklerinin belirlenmesi,
- Anlaşma akışı ve standardizasyondur.

Kamu-Özel Ortaklığı Yatırım Modeli'nin sağlık sektöründe uygulanabilmesi halinde sağlık altyapısının hızla yeterli kapasite üretmesinin yanında;

- Kamunun yetersiz yatırım bütçesine finansman girdisi,
- Hızlı ve zamanında inşaat teslimi,
- Risklerin özel sektör ile paylaşımı,
- İşletme ve bakım maliyetlerinde düşme,
- Özel sektörün "iyi yönetim kabiliyeti"nin kamu hizmetlerinde kullanımı,
- Yönetim ve sorumluluğun paylaşımı sağlanmış olacaktır.

Sağlık alanında KÖO modeli ile altyapı üreten ülkelerin başlıcaları olarak İngiltere, Kanada, Güney Afrika, İspanya, Portekiz sıralanabilir.

Sağlık alanında KÖO modelini yatırım aracı olarak kullanan ülkeler arasında özellikle İngiltere'nin deneyimleri kayda değer aşamalar kaydetmiştir.

Bakanlığımızın KÖO çalışmaları çerçevesinde birçok ülke deneyimleri incelenmiş ve bu incelemeler sonucunda ülkemizde sağlık yatırımlarının gerçekleştirilmesinde KÖO Modeli'nin uygulanmasının faydalı sonuçlar vereceği kanaatine varılmıştır.

Bakanlığımızca, "Sağlık Alanında KÖO Modeli'nin Uygulanabilirliğine" yönelik olarak iki "çalışma toplantısı" gerçekleştirilmek suretiyle kamu ve özel sektör kuruluşlarının görüş ve önerileri alınarak, çalışmaların tüm ilgili taraflarla paylaşarak olabildiğince geniş katılımı yürütülmesi hedeflenmiştir.

Yap İşlet Kanunu ile İlgili

Ülkemizde halen yürürlükte bulunan ve Yap İşlet Devret Kanunu olarak bilinen 3996 sayılı "Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap-İşlet Devret Modeli Çerçevesinde Yapılması Hakkında Kanun'un, sağlık alanında KÖO modeli çerçevesinde yatırım yapılmasına imkan vermediği sonucuna ulaşılmıştır.

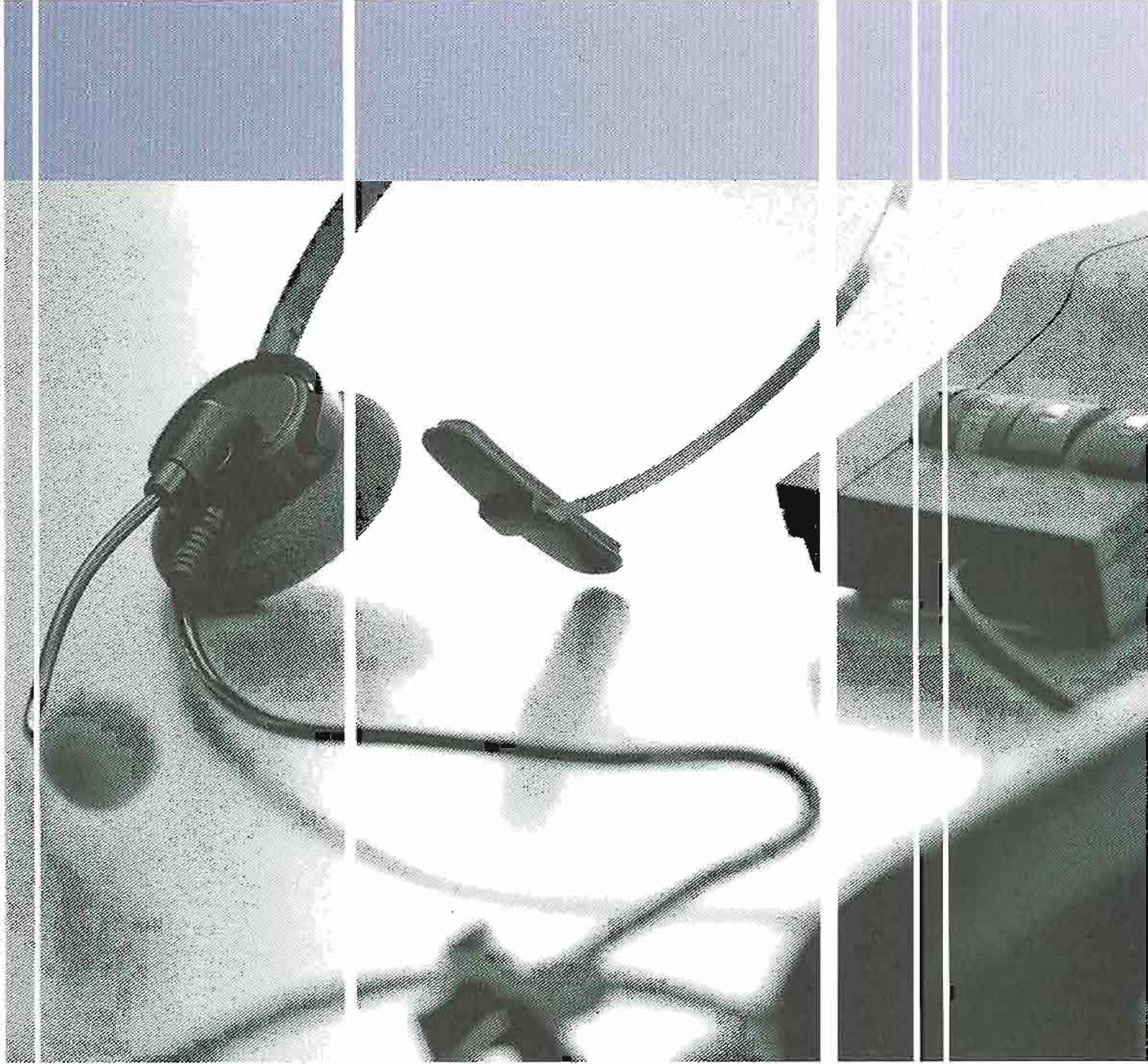
Bu sonuçtan hareketle Bakanlığımız sağlık sektöründe KÖO modelleri çerçevesinde yatırım yapmaya imkan verecek hukuki altyapı oluşturma çalışmalarına hız vermiştir.

Bu bağlamda "Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Yatırım Modeli Kanun Tasarı Taslağı" çalışmaları Bakanlığımızda devam etmektedir. Hukuk alanındaki hazırlık çalışmaları devam eder-

ken bir tarafını da mevzuat altyapısı tamamlandığında "Pilot KOO Projesine" dayanak teşkil edecek fizibilite çalışmaları başlanmıştır.

Bu kapsamda, gerçekleştirilecek projelerle kamu, sağlık alanında bütçe üzerindeki yükü hafifletmiş olacak, mevcut ödeneklerini altyapı yatırımları yerine AR-GE ve kapasite geliştirme projelerine yönlendirebilecektir.

SABİM (Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi) - Halkla İlişkiler





Kurulduğu yıldan beri, temel hedefi, tarafların çoklu katılımını gerçekleştirerek, "interaktif yönetimi" etkin kılmak olan SABİM; sağlık sisteminde, yaşanan sorunların yerinde ve eş zamanlı tespiti ile sorunun çözümünde etkin olacak mekanizmaların ivedilikle harekete geçirilmesi suretiyle özdenetimi sağlamaktadır.

Sağlık sisteminin herhangi bir aşamasında yaşanan bir sorunda, 184 SABİM hattının aranması veya şahsen birimimize başvuru yapılması ile özdenetim mekanizması harekete geçmektedir. SABİM operatörleri tarafından kayıt altına alınan başvuru, SABİM çözümleyicilerince değerlendirilerek, ilgili illere sevk edilmektedir. Illerdeki SABİM çözümleyicileri tarafından da nesnellik ilkesinden ödün verilmeden, mercek altına alınmakta, en hızlı ve en doğru şekilde çözümlenmektedir.

Çağdaş ve reformcu yapılanmanın gereği olarak, SABİM, sağlık sisteminde "ombudsmanlık" görevi üstlenmektedir. Merkezden dışa doğru, Türkiye'nin en uca köylerine kadar hizmet sunmak amacıyla yönelik olarak şekillendirilmiş teşkilat yapısından kaynaklı olarak, sağlık sisteminin işleyiş aşamasında "yönetenler, çalışanlar ve vatandaşlar" arasında, pek çok sorun yaşanmaktadır. Bu sorunlar zamanında muhatapları ile buluşmadığı için kesin ve etkin bir biçimde çözümlenememektedir.

SABİM

Sağlık hizmetlerinin niteliğinden dolayı etkili bir iletişim sürecinin zorunlu olduğunun bilinciyle:

- Sağlık hizmetlerini planlayıp yönetenleri,
- Sağlık hizmetlerini sunanları,
- Sağlık hizmetlerinden yararlananları,

Uzlaşmacı bir platforma taşımak suretiyle sağlık sisteminde etkili iletişim sağlamayı amaçlamaktadır.

Bu amaçları gerçekleştirerek halka ulaşıp, sistemin herhangi bir aşamasında meydana gelen aksaklıkları, anında tespit ederek, hızlı ve kesin bir çözüme ulaştırmak ve dolayısıyla "7'den 77'ye sağlıklı bir Türkiye" hedeflemektedir.

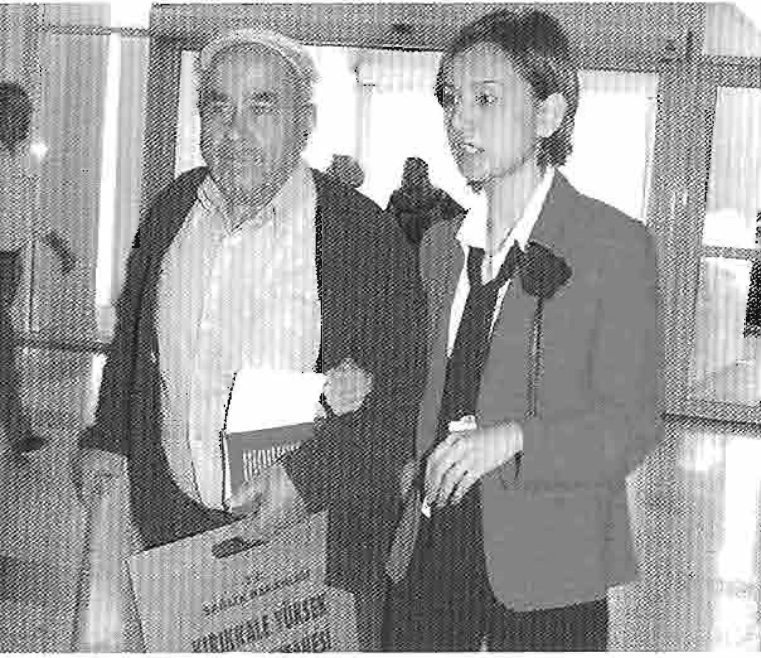
Sağlık sisteminin nabzını tutan, özdenetime işlerlik kazandıran, bir diğer anlamda "ombudsman" bir kurum olarak SABİM'in temel amaçları: kamu hizmetlerinin etkin ve verimli bir biçimde yürütülmesini sağlamak, halkın yönetimden duyduğu memnuniyeti artırmak, yönetimde halkın katılımını artırıcı yönde rol oynamaktır. Bu bağlamda ombudsmanlık, yönetenlerle halk arasında iletişimi sağlayan bir kurumdur.

Ombudsmanlık kurumuyla birlikte hizmet alanların demokratik katılım ilerlemiştir. Vatandaşın talep ve



eleştirilerini göz önünde bulundurmak ve dolayısı ile sisteme ilişkin sorunların çözümüne yardımcı olmak, demokrasiye katkıda bulunur; vatandaşın yönetime karşı memnuniyetini ve güvenini artırır.

Bu bağlamda SABİM, sağlık sisteminin işleyişine yönelik her türlü eleştiri ve öneriyi kayıt altına alarak, sağlık politikalarının oluşturulması aşamasında kullanılmak üzere geniş bir veri ağı oluşmasını sağlamak ve dolayısıyla hizmetten yararlananların da



yönetime kaulımını sağlamış olmaktadır. Böylece sağlık sisteminde en iyi, en kaliteli ve en etkili hizmet sunumunun sağlanması amaçlanmaktadır.

SABİM'in 1 Ocak 2005–31 Aralık 2005 tarihleri arasındaki önemli faaliyetleri şöyledir:

Bakanlığımız açısından 2005 yılına damgasını vuran belki de en önemli icraat, geçmişten günümüze birikimli sorunlarla milyonlarca vatandaşımızın sağlık

çilesi haline gelmiş olan SSK Sağlık Kuruluşlarının, "Sağlıkta Dönüşüm Projesi"nin büyük ve önemli adımlarından biri olarak Sağlık Bakanlığımıza devrinin gerçekleştirilmesidir. Söz konusu devir elbette ki sorunsuz gerçekleşmemiştir ve bu noktada SABİM, etkin bir halkla ilişkiler kurumu olarak, gerek vatandaşların gerekse sağlık çalışanlarının sistemdeki bu büyük değişim ve dönüşüme uyum sağlamasında çok önemli bir görev üstlenmiştir.

SABİM, her durumda olduğu gibi yapılan bu yeni düzenlemelerin uygulanması sırasında, her aşamada yaşanan sorunları anında tespit ederek, çözüm üretilmesinde sistemin işleyişindeki etkin mekanizmaların ivedilikle harekete geçirilmesinde aracı olmuştur.

Sağlıkta Dönüşüm Projesi çerçevesinde yürütülen bir başka çalışma olan "Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulaması", 2003 yılında pilot uygulama olarak başlamış, 2004 yılında geliştirilmiş ve nihayet 2005 yılında Sağlık Bakanlığımıza bağlı tüm sağlık tesislerinde uygulamaya konulmuştur. Konu hakkında vatandaşların ve sağlık çalışanların bilgi alma talepleri ve yaşanan sorunlar SABİM tarafından yine başarılı bir şekilde sonuçlandırılmıştır.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin ve koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi amacıyla Bakanlığımız tarafından "Aile Hekimliği" pilot uygulaması başlatılmış ve bu yeni uygulama hakkında özellikle sağlık çalışanlarının bilgi alma amaçlı talepleri SABİM tarafından karşılanmıştır.

2004 yılında olduğu gibi 2005 yılında da sağlık çalışanlarının atama ve nakil konusundaki yoğun bilgi alma talepleri, eleştirileri ve önerileri SABİM tarafından tespit edilerek gerekli yönlendirmeler yapılmıştır.

SABİM, gerek Bakanlığımız bünyesinde, gerekse Bakanlığımız dışında sağlık sistemi ile bağlantılı her konuda; vatandaşlara ve sağlık çalışanlarına yeterli/doğru bilgilendirme yapmak amacıyla kendini

sürekli yenilemekte ve her uygulamayı yakından takip ederek değişiklikler ve yenilikler konusunda bilgi dağarcığını her an güncellemektedir.

Dinamik bir halkla ilişkiler kurumu olarak kendi kendisiyle rekabet ederek, sürekli kendini yenilemeyi ve geliştirmeyi temel ilke edinmiş olan SABİM'in talebiyle 2005 yılında, yine ağırlığı SABİM personelinin oluşmak üzere Bakanlığımız genelinde toplam "184 saatlik hizmet içi eğitim" hizmeti satın alınmıştır. Söz konusu eğitimin konu başlıkları şunlardır:

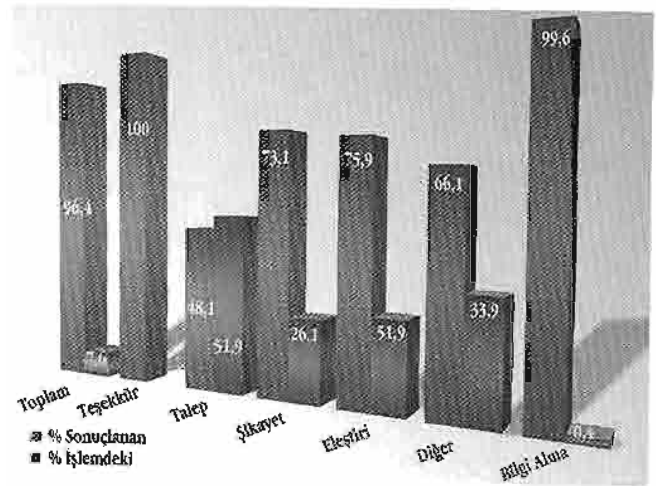
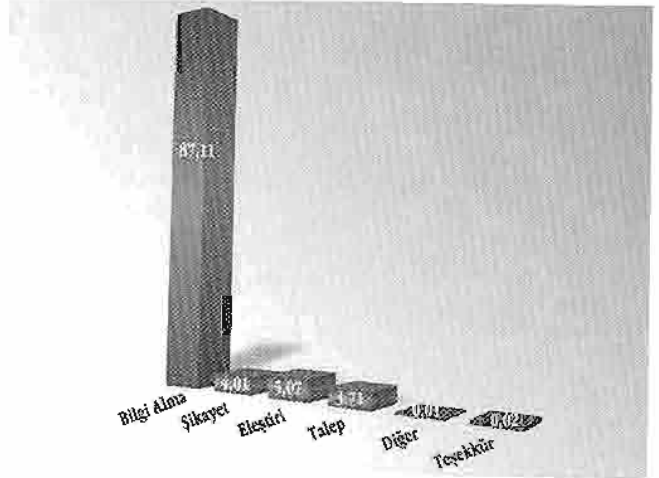
- Etkili İletişim
- Yönetim ve Liderlik
- Motivasyon-Takım Ruhu
- Diksiyon
- Okuduğunu Anlama
- Temel Protokol-Nezaket
- İmaj
- Kurum Kültürü
- İş Yaşamında Duyguların Yönetimi
- Performans Yönetimi

Görüldüğü gibi SABİM, kuruluşuna esas teşkil eden hedefleri doğrultusunda planladığı çalışmalarıyla, her geçen gün kendisini daha da geliştirmekte, dinamik bir birim olarak pek çok önemli çalışmaya imza atmaktadır.

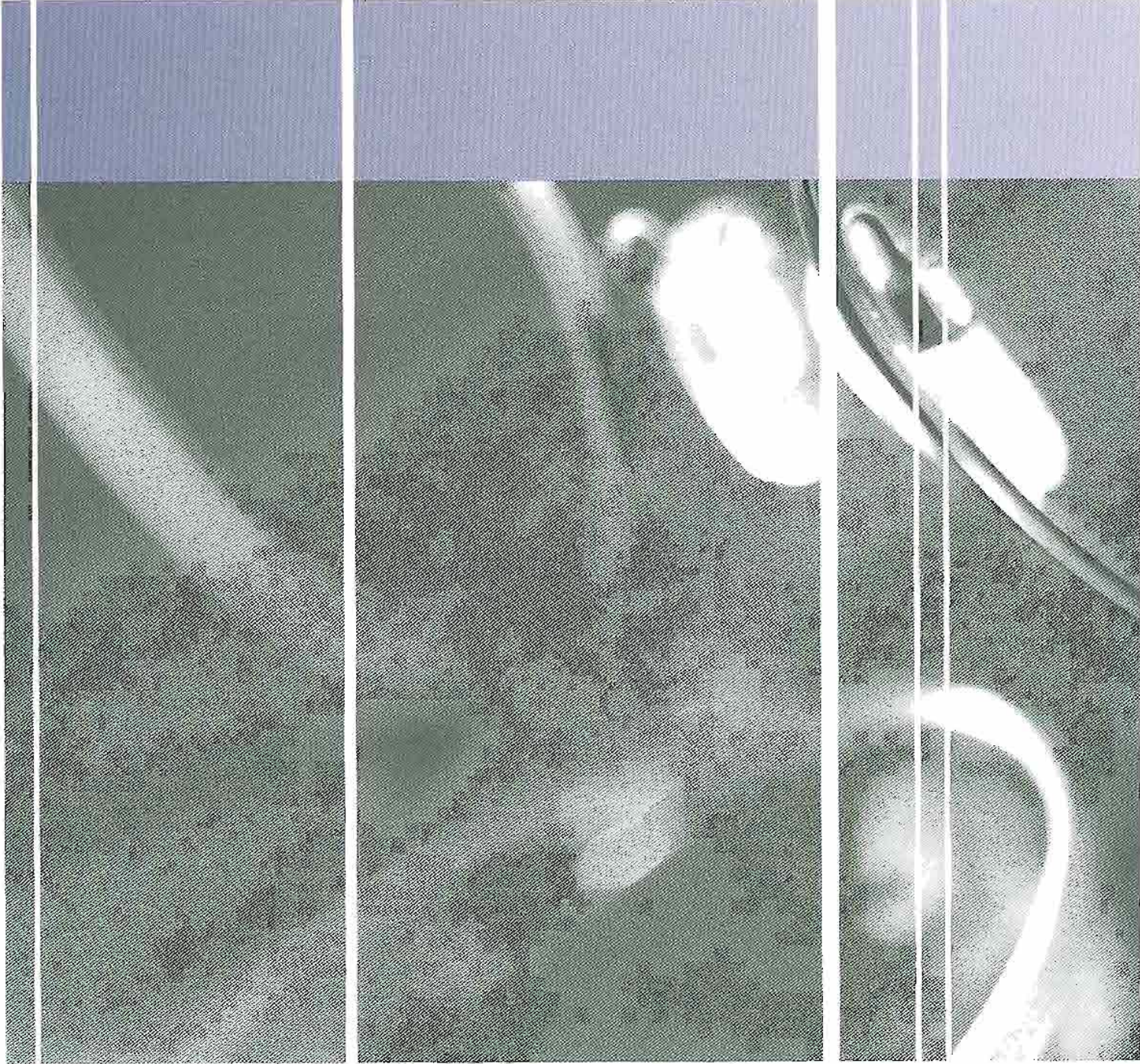
Bunun yegâne kanıtı kuruluşundan günümüze dek imza attığı pek çok çözümde mevcuttur. "Kamu Yararı" çerçevesinde, memleketimizin en ücra köşesinden, en büyük kentlerine kadar 24 saat tüm vatandaşlarımızın bir telefon uzağında sağlık sisteminin garantörü olan SABİM, vatandaşlarımızın sorunlarına ivedi ve etkin çözümler getirdikçe, kamuoyunun da yoğun ilgi ve talebiyle karşılaşmıştır. Ka-

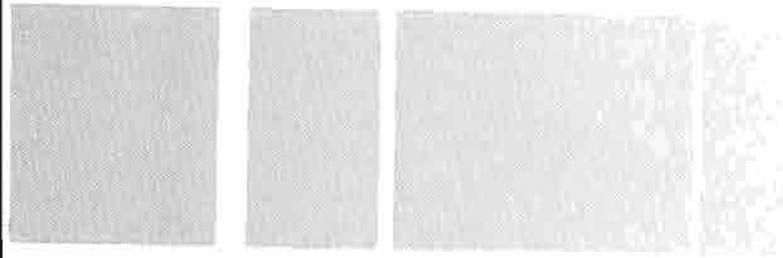
muoyunun bu yoğun ilgi ve talebi medya kuruluşlarının dikkatinden kaçmamış ve yılın son aylarında medya SABİM'i konu edinmiş, uygulama ve çözümleri bir kez de medya aracılığıyla duyurulmuştur. Çünkü SABİM, kurulduğu ilk günden günümüze aynı heyecanla sürdürdüğü çalışmalarını ülkemiz sağlık sistemindeki vazgeçilemez önemini çoktan kanıtlamıştır.

Aşağıdaki grafikler SABİM'in yukarıdaki saırlarda aktarılmaya çalışılan bir yıllık faaliyetlerinin sayısal olarak sunumudur:



Kalite Koordinatörlüğü





Ulusal Sağlık Akreditasyon Sisteminin Yapılandırılması Çalışmaları

Sağlıkta Dönüşüm Projesi kapsamında yürütülen Ulusal Sağlık Akreditasyon Sisteminin (USAS) yapılandırılması sürecinde Sağlık Bakanlığı önderlik görevini üstlenmiştir. Bu görev Bakanlığımız adına Kalite Koordinatörlüğü tarafından yerine getirilmektedir.

Sistemin tüm sektör temsilcilerinin katılımıyla oluşturulması büyük önem taşımaktadır. USAS'ın kurulması ve sistemin uygulamaya geçirilmesi sürecini sağlamakla görevli bir organizasyon oluşturulmuştur. Bu organizasyon, sistemin temel strateji ve hedeflerinin belirlenmesi ve sürecin planlanan biçimde yürütülmesinin sağlanması görevlerini üstlenen yönlendirme komitesi ve ona bağlı çalışacak çalışma grupları makam onayı ile kurulmuştur.

Yataklı Tedavi Kurumları Kurumsal Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi

Sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, kaliteli, verimli hizmet sunumunun sağlanması ve sağlık kurumlarının bu hedeflere ulaşmaları için ölçülebilir, karşılaştırılabilir hizmet sunum kriterlerinin belirlenmesi ve halkın görüşlerinin bu sürece yansıtılması

amacıyla Sağlık Bakanlığı Kurumsal Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi yayınlanmıştır.

Bu kriterlerin hastane yöneticileri için öğretici bir süreç oluşturması, kalite kavramının, hastanenin varlık sebebini oluşturan hastanın teşhis, tedavi ve bakımıyla ilgili oldukça detaylı uygulamaları içerdiğinin anlaşılması amaçlanmıştır.

Kaliteli hizmetin oluşumuna katkı sağlayacak olan kriterler, kurumlara mevcut durumlarını bu perspektiften görme şansı vererek, iyileştirmede öncelikli alanlarını belirlemelerinde yöneticiler için yol gösterici olacaktır.

112 Acil Sağlık Hizmetleri Kalite Geliştirme ve Değerlendirme Kriterleri Çalışması

Bu çalışma, ülkemiz genelinde hizmet veren 112 acil sağlık hizmetlerinin hizmet kalitesinin geliştirilmesi, uluslararası standartlarda hizmet verilmesinin sağlanması, hasta ve çalışan güvenliğinin temin edilmesi, kurumda hizmetlerin ölçülebilir çıktılar yoluyla sürekli takibinin yapılması, bu çıktıların sonuçlarına göre mevcut politikaların yeniden gözden geçirilmesi ve uygulamaya yansıtılması ile sürekli gelişimin, iyileştirilmenin sağlanmasına, kaliteli



hizmet vermeye yönelik olarak kurumda bir kalite kültürünün oluşturulmasına yönelik olarak gerçekleştirilmiştir.

Dünya üzerinde kabul gören akreditasyon programlarından faydalanılarak Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ile yapılan ortak çalışma sonucu kriterler geliştirilmiştir. Akreditasyon konusunda yapılan diğer çalışmalara paralel olarak bu çalışma ile tıbbi nakil kurumlarına yönelik olarak geliştirilecek olan akreditasyon programına kurumlarımızın hazırlanması amaçlanmaktadır.

Bakanlık Birimlerine Yönelik Eğitimler

Sağlık Bakanlığı merkez birimlerinin hizmet içi eğitim programlarında ilgili grupların istekleri ve ihtiyaçları doğrultusunda kalite yönetimi ile ilgili eğitimler verilmiştir. Bu eğitimlerle hizmet tasarımının mevzuat çerçevesinde, kalite bilinciyle yeniden göz-

den geçirilmesi, kalitenin iş pratiğine uygun hale getirilmesi planlanmıştır.

İzleme değerlendirme birimi tarafından organize edilen eğitim toplantısında 400 hastane başhekimisi ve müdürü ile 81 il sağlık müdürüne kalite ve akreditasyon konusunda eğitimler verilmiştir.

Kongreler

Ülkemizde kaliteli hizmet sunma bilincinin yaygınlaştırılması, bu konuda ulusal düzeyde bir bilgi paylaşımının sağlanması, konuyla ilgili bilimsel gelişmelerin takip edilebilmesi ve yürütülen çalışmalara yansıtılabilmesi amaçlarıyla kalite koordinatörlüğü "sağlıkta kalite" alanına yönelik bilimsel toplantılara da aktif katılımda bulunmaktadır. Bu toplantılarda Bakanlığımız adına temsil görevini de yerine getirmektedir. Bildiri ve poster sunumları yapılan toplantılar aşağıda verilmiştir:

Ulusal Sağlık Akreditasyon Sistemi Yapılandırılıyor

Arzu Karasac GEZEN, Dr. Sedat GÜLAT
SB Diyalog, Sayı 18

Değişen ihtiyaçlar, talepler, çevresel koşullar (iletişim ve bilgi teknolojilerindeki gelişmeler, üretim ilişkilerindeki değişimler, küreselleşme ve bölgesel entegrasyonlar, vb) sağlık sektörünü de etkilemekte ve doğası gereği son derece dinamik bir yapıya sahip olan sektörü, hizmet kalitesinin iyileştirilmesi noktasında farklı arayışlara itmektedir.

Sağlık hizmetleri üretildikleri anda tüketilmeleri, stoklanamamaları, sunulmadan önce muayene ve testi şansının olmaması ancak hizmetin sunulduğu fiziki ortam ve donanımın iyileştirilerek, insan kaynağı niteliğinin geliştirilerek olabilecek hata ve uygunsuzlukları en aza indirebilmenin söz konusu olması, memnuniyetin hizmetin sunumu esnasında oluşması ve en önemlisi oluşan hataların bazen geri dönüşünün olmaması ve insan hayatına mal olabilmesi gibi oldukça önemli unsurlardan dolayı hizmet sektörü içerisinde farklı bir konuma sahiptir. Tüm bu özellikler sağlık hizmetlerinin planlanması, sunumu, iyileştirilmesi ve değerlendirilmesi aşamalarında birtakım mekanizmaların oluşturulmasını ve geliştirilmesini gerekli kılmaktadır.

Günümüzde sağlık hizmetlerini iyileştirme çalışmaları, sadece gelişmekte olan ülkelerin değil, gelişmiş ülkelerin de temel ve öncelikli gündem maddesi olmaya devam etmektedir. Bugün gelişmiş olarak bilinen ülkelerde de sağlık sorunlarının varlığını sürdürdüğü bir gerçek olarak karşımızda durmaktadır. Ancak, sorunların varlığı, bunların çözülemeyeceği anlamına gelmemektedir.

Bu düşünceyle yola çıkan Bakanlığımız, sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve fiyakkariyete uygun bir şekilde; organize edilmesi, sunulması ve finansmanının sağlanması amacıyla Sağlıkta Dönüşüm Programı'nı başlatmış ve ülkemizin gündeminde şimdiye dek yeterince yer almayan "Sağlık Hizmetlerinin Akreditasyonu" konusunu Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamına alarak yeni bir adım atmıştır.

Akreditasyon; bir sağlık kuruluşunun önceden belirlenmiş ve yayımlanmış standartlara uygunluğunun, herkesçe kabul gören bir tüzel kişilik tarafından değerlendirilip onaylandığı resmi bir süreç olarak tanımlanmaktadır.

- Sağlık ve Hastane Yönetimi 2. Ulusal Kongresi (Uluslararası Katılımlı), 28- 30 Eylül 2005
- Sağlık Turizmi 3. Sağlık Zirvesi, 29 Eylül -2 Ekim 2005
- I. Türk - Alman Ambulans Kongresi, 1-4 Mayıs 2005
- Hasta Hakları ve Hasta Güvenliği V. Sağlık Zirvesi, 13 Aralık 2005

Toplantı, ülkemiz sağlık sektöründe kalite ve akreditasyon bilincinin oluşturulması, sektör temsilcileri arasında bilgi paylaşımının sağlanması ve sunulan hizmetlerin kalitesinin geliştirilmesine önemli katkılar sağlaması amaçlarına yönelik olarak planlanmıştır. Bakanlığımız hastanelerinin yönetici ve kalite çalışanlarının büyük bir ilgi gösterdiği toplantıya, üniversiteler, özel hastaneler ve sektörün diğer paydaşlarının yoğun bir katılımı sağlanmıştır.



JCI Hastane, Medikal Laboratuvar ve Medikal Transport Standartları Eğitimi Toplantısı

JCI hastane, medikal laboratuvar ve medikal transport standartlarının ele alındığı toplantı, Sağlık Bakanlığımızın desteğinde Sağlık İşletmeleri Federasyonu ve JCI işbirliğiyle 17-20 Kasım 2005 tarihinde Antalya'da yaklaşık 600 kişilik bir katılımı gerçekleştirilmiştir.

Sağlık hizmetlerinin akreditasyonu; hastanın değerlendirilmesi, bakımı, tedavi sürecine etkisi olan hasta ve yakınlarının eğitimi, hasta hakları ve yönetimle ilgili süreçlere kadar uzanan oldukça geniş bir alan kapsamaktadır.

Sağlık hizmetlerinin kalitesini geliştirerek sürekliliğini sağlamak ve halkımızın sağlık hizmetinin kalitesine olan güvenini artırmak için Ulusal Sağlık Akreditasyon Sistemi'nin kurulması gündeme gelmiştir.

Ulusal Sağlık Akreditasyon Sistemi'nin yapılandırılması;

- Türkiye için sağlık hizmetlerinin standartlarının belirlenmesi ve geliştirilmesi,
- Bakım kalitesinin geliştirilmesi,
- Sağlık sonuçlarını ölçebilmek için performans ölçüm sisteminin geliştirilmesi ve ulusal klinik kalite göstergelerinin belirlenmesi,
- Sonuçların karşılaştırılması için veri tabanının oluşturulması,
- Hasta ve çalışan güvenliğini ölçmek ve geliştirmek için sistem geliştirmek,
- İnsan kaynakları standartlarının oluşturulması, gibi ihtiyaçlardan kaynaklanmaktadır.

Ülkemizde Ulusal Sağlık Akreditasyon Sistemi'nin yapılandırılma sürecinde Bakanlığımız önderlik görevini yürütmektedir. Bakanlığımız, Ulusal Sağlık Akreditasyon Sistemi'nin kurulmasına yönelik olarak birtakım faaliyetler gerçekleştirmiştir.

Ulusal Sağlık Akreditasyon Sistemi'nin yapılandırılması sürecinde Bakanlığımızın iki temel sorumluluğu bulunmaktadır:

- 1) Sağlık sektöründeki paydaşların katılımını sağlayarak Ulusal Sağlık Akreditasyon Sistemi'nin yapılandırılması sürecine önderlik etmek,
- 2) Kamu ve özel sektör kuruluşlarının Ulusal Sağlık Akreditasyon sürecine hazırlanmalarını sağlamak.

Bakanlığımız birinci sorumluluğu kapsamında; akreditasyon konusunda paydaşlar arasında görüş birliği oluşturmak amacıyla toplantılar düzenlemiştir. Sağlık sektörünün tüm temsilcilerinin de katılımıyla gerçekleştirilen toplantılar sonucunda Türkiye'de Ulusal Sağlık Akreditasyon Sisteminin kurulması konusunda tüm taraflar arasında mutabakat sağlanmıştır.

Akreditasyon sisteminin uluslararası deneyimler ışığında kurulması amacıyla Bakanlığımız ve Joint Commission International arasında sistemin yapılandırılması, standart geliştirme, kalite izleme ve ölçme sistemlerinin geliştirilmesi, veri tabanı oluşturulması konularını kapsayan bir işbirliği protokolü imzalanmıştır.

Bakanlığımız sağlık sektörü temsilcilerinin katılımıyla, Ulusal Sağlık Akreditasyon Sistemi'nin yapılandırılması sürecinde etkin rol oynayacak Yönlendirme Komitesi'ni oluşturmuştur. Yönlendirme Komitesi, sistemin temel stratejilerini ve hedeflerini belirleyecek, çalışma gruplarını koordine edecek ve aldıkları kararları onaylayarak, yapılandırma sürecinin planlanan şekilde gitmesi için gerekli önlemleri alacaktır.

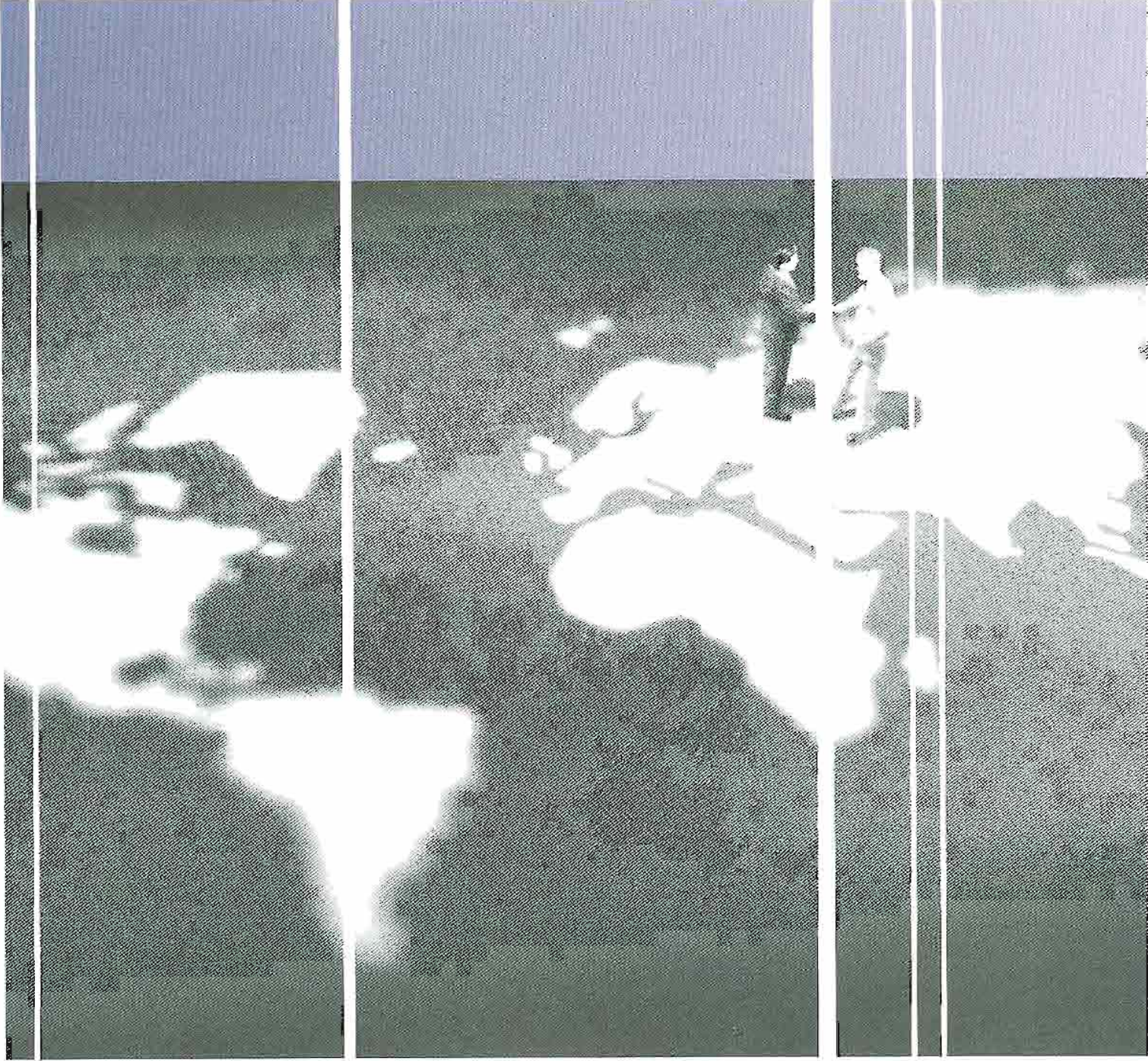
Yönlendirme Komitesi Ulusal Sağlık Akreditasyon Sistemi'nin kurulması sürecinin teknik ve hukuki altyapısının oluşturulması için çalışmalarını yürütmektedir. Komite, ulusal ve uluslararası deneyimlerin ışığında, Bakanlığımız koordinasyonunda düzenli olarak çalışmalarını sürdürmektedir. Yönlendirme Komitesi ile birlikte akreditasyon konusunda bilgi ve birikimi olan sağlık sektörü temsilcilerinden oluşturulan Politika-Method ve Organizasyon-Kaynaklar adlı iki çalışma grubu da faaliyetlerini sürdürmektedir.

Bu konudaki ikinci sorumluluğu kapsamında Bakanlığımız, hastanelerin akreditasyon sürecine hazırlanmalarını sağlamak amacıyla da tasıyan bir mevzuatı yürürlüğe koymuştur. "Yataklı Tedavi Kurumları Kurumsal Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönetgesi" içerisinde hastanelerin fiziki ve teknik altyapılarını geliştirmeyi amaçlayan kriterler bulunmaktadır. Ayrıca aynı yönergede JCI'nin hastane akreditasyon standartlarından yararlanılarak hazırlanan Kalite Geliştirme ve Değerlendirme Kriterleri yer almaktadır. Bu yönerge hastanelerimizin

Ulusal Sağlık Akreditasyon Sistemine hazırlanmalarını sağlayacaktır. Şu an Sağlık Bakanlığına bağlı tüm hastaneler Kurumsal Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesinde tanımlanan kriterleri yerine getirmek ve kriterler doğrultusunda yapılmak üzere çalışmalarını sürdürmektedirler.

Bakanlığımızın önderliğinde uluslararası işbirlikleri ve ülkemiz sağlık sektöründeki tüm paydaşların da aktif katılımıyla gerçekleştirilecek etkinlikler; Ulusal Sağlık Akreditasyon Sistemi'nin uzlaşmayla hayata geçmesini sağlayacaktır. Bu süreçte amacımız; sektördeki bilgi ve deneyimi bir araya getirerek sistemin daha güçlü ve sağlam bir biçimde yapılandırılmasıdır.

Dış İlişkiler



Uluslararası İşbirliği

Ülkelerle Sağlık Alanında İşbirliği

Ülkeler / Uluslararası Kuruluşlar İle Yapılan Anlaşmalar:

Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep AKDAĞ ile Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimisi Prof. Dr. Nihat TOSUN, 20-21 Nisan 2005 tarihleri arasında Başbakanımız Recep Tayyip ERDOĞAN'ın heyeti ile birlikte Afganistan'ı ziyaret etmiştir. Söz konusu ziyaret sırasında, 20 Nisan 2005 tarihinde Kabil'de "Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti ile Afganistan İslam Cumhuriyeti Hükümeti Arasında Sağlık Alanında İşbirliğine Dair Anlaşma" imzalanmıştır.

Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep AKDAĞ Yunanistan Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanı Nikitas KAKLAMANIS'in davetine icabetle, 27 - 30 Eylül 2005 tarihleri arasında beraberinde bir heyet ile birlikte Yunanistan'ı ziyaret etmiştir. Söz konusu ziyaret sırasında, 28 Eylül 2005 tarihinde Atina'da "Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti ile Yunanistan Cumhuriyeti Hükümeti Arasında Sağlık Alanında İşbirliğine Dair Anlaşma" imzalanmıştır.

Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep AKDAĞ Oman Sağlık Bakanı Dr. Ali Bin Muhammed Bin Musa'nın davetine icabetle 22-26 Aralık 2005 tarihleri arasında beraberinde bir heyet ile birlikte Oman'ı ziyaret etmiştir. Söz konusu ziyaret sırasında, iki ülke arasında

sağlık alanında işbirliğine hukuki zemin teşkil edecek olan "Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı ile Oman Sultanlığı Sağlık Bakanlığı Arasında Sağlık Alanında İşbirliğine Dair Mutabakat Zaptı" imzalanmıştır.

Çeşitli Ülkelere Yapılan Yardımlar: Güney Asya'da yaşanan deprem ve tsunami felaketleri nedeniyle, TC Kızılay Derneği Genel Müdürlüğü ekibi ile birlikte görev yapmak üzere 16 Ocak 2005 tarihinde 14 sağlık personeli Endonezya'nın Aceh bölgesine gönderilmiştir. Ekiple birlikte yardım malzemesi olarak ise; toplam 466.082.-YTL tutarında ilaç, tıbbi malzeme, sarf malzemesi ile hijyen malzemesi ve deterjan gönderilmiştir.

Bakanlığımız tarafından 10.326,53 YTL tutarında tıbbi malzeme Kalakla Türk Hastanesine hibe edilmek üzere 29 Mart 2005 tarihinde Sudan'a gönderilmiştir.

Gürcistan'da yaşanan sel felaketi nedeniyle, insani yardım kapsamında, Bakanlığımızca temin edilen 7.697,50 YTL tutarında ilaç 4 ve 6 Mayıs 2005 tarihlerinde Gürcistan'a gönderilmiştir.

Dışişleri Bakanı ve Başbakan Yardımcısı Abdullah GÜL ün 5-6 Mayıs 2005 tarihleri arasında Kırgızistan'a yapmış olduğu ziyaret sırasında, Bakanlığımızca temin edilen 564.213,41 YTL tutarında ilaç insani yardım olarak Kırgızistan'a gönderilmiştir.



Afganistan'daki hastanelere hibe edilmek üzere, 5 ton hacminde 487.704,75 YTL tutarında ilaç, tıbbi malzeme ve cihazdan oluşan yardım paketi Afganistan'a gönderilmiştir.

Mezar-ı Şerif Başkonsolosluğumuzun talebine binaen Afganistan Cevizcan Feyzabad ilçesi ve bağlı köylerinde ortaya çıkan kolera salgını ile ilgili olarak, Bakanlığımızca temin edilen 108,107.04 YTL tutarında ilaç ve tıbbi malzeme 25 Ağustos 2005 tarihinde Afganistan'a gönderilmiştir.

Afganistan'da başlatılan rutin aşılama programına destek olmak amacıyla Bakanlığımızca 26 Aralık 2005 tarihinde 560.000,00 YTL tutarında 2.000.000 doz kızamık aşısı temin edilerek Afganistan'a gönderilmiştir.

KKTC Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın talebine binaen, 1000 doz kızamık aşısı 20 Haziran 2005 tarihinde, 2.000 doz DBT aşısı, 2.000 doz TT aşısı

ve 25.000 doz Hepatit B aşısı 24 Ağustos 2005 tarihinde KKTC'ne gönderilmiştir.

Bulgaristan'da meydana gelen aşırı yağışlar ve sel felaketi nedeniyle, Bakanlığımızca temin edilen 49.524,89 YTL tutarında ilaç 15 Ağustos 2005 tarihinde Bulgaristan'a gönderilmiştir.

8 Ekim 2005 tarihinde Pakistan'da meydana gelen deprem nedeniyle, adı geçen ülkeye Bakanlığımızca toplam 1.431.662,61 YTL tutarında ilaç ve tıbbi malzeme ile aşı yardımı yapılmıştır.

Bakan Düzeyinde Katılınan Uluslararası Toplantılar ile Sağlık İşbirliği Anlaşmaları Çerçevesinde Ziyaret Edilen Ülkeler: Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep AKDAĞ Güney Asya'da meydana gelen deprem ve tsunami felaketi nedeniyle ülkemizin yardımlarının iletilmesi için 5-10 Şubat 2005 tarihleri arasında Başbakanımız Recep Tayyip ERDOĞAN başkanlığın-

Dünya Sağlık Örgütü 55. Avrupa Bölge Komitesi Bükreş'te Toplandı

Konumuz: ÖZDEN
SB Diyalog, Sayı 18

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 55. Avrupa Bölge Komitesi Toplantısı, 12-15 Eylül 2005 tarihlerinde Romanya'nın başkenti Bükreş'te düzenlendi. Toplantıda Türkiye'yi Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ başkanlığında başta Müsteşar Yardımcısı Prof. Dr. Sabahattin Aydın olmak üzere, Sağlık Bakanlığı ve TC Bükreş Büyükelçiliği yetkililerinden oluşan bir heyet temsil etti.

Toplantı sırasında, DSÖ Avrupa Bölge Direktörü Dr. Marc Danzon tarafından Bölge Ofisi'nin son bir yıl içindeki faaliyetleri anlatıldı ve önümüzdeki dönemde yapılması planlanan çalışmalar hakkında bilgi verildi. Ayrıca, DSÖ Genel Direktörü Dr. Jong Wook Lee de toplantıya katılarak bir konuşma yaptı.

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ, toplantı vesilesiyle çeşitli üye ülkelerin Sağlık Bakanları ve DSÖ Avrupa Bölge Direktörü Dr. Marc Danzon ile ikili görüşmeler yaptı. Bu görüşmelerde ikili, bölgesel ve uluslararası sağlık konularında karşılıklı görüş alışverişinde bulunuldu.

Toplantılarda, Avrupa Bölgesi'nde Kızamık ve Kızamıkçığın Eliminasyonu ve Doğumsal Kızamıkçığın Önlenmesi Vasıtasıyla Ulusal Bağışıklama Sistemlerinin Güçlendirilmesi özel olarak ele alındı. Bununla birlikte, Çocuk ve Adolesan Sağlığı ve Geliştirilmesi Avrupa Stratejisi, DSÖ Avrupa Bölge Ofisi Ülke Stratejisinin Bir Sorunlu Aşamaları: Sağlık Sistemlerinin Güçlendirilmesi, DSÖ Avrupa Bölgesi Alkol Politikasının Çerçevesi, DSÖ Ruh Sağlığı konulu Avrupa Bakanlar Konferansı'nın Takibi, Babaşıcı Olmayan Hastalıklar ile ilgili Avrupa Stratejisine Doğru, DSÖ Avrupa Bölgesi'nde HIV/AIDS'e Yönelik Yarımların Geliştirilmesi, Avrupa Çevre ve Sağlık Komitesi'nin Yıllık Raporu, Meslek Sağlığı, Üreme Sağlığı, Halk Sağlığı için Kanıt, DSÖ İşbirliği Merkezleri, DSÖ Avrupa Bölgesi için Herkes için Sağlık Politikasının Çerçevesi 2005 Güncellemesi, 2006-2015 DSÖ On Birinci Genel Çalışma Programı, DSÖ Avrupa Bölgesinde Yaralanmalar: Yük, Zorluklar ve Politika Cevabi konuları ele alındı.

Bu çerçevede, toplantıya katılan heyetimiz tarafından Obezite ile Mücadele, DSÖ Avrupa Bakanlar Konferansı, DSÖ Avrupa Bölgesinde Yaralanmalar, DSÖ Avrupa

daki heyet ile birlikte Endonezya, Malezya, Tayland, Maldivler ve Sri Lanka'yı ziyaret etmiştir.

Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep AKDAĞ Türk-Amerikan Doktorlar Birliği'nin (TADAM) Tıp Bayramına katılmak, Houston'daki MD Anderson Kanseri Merkezi ile Teksas Çocuk Hastanesi yetkilileri ile çalışmalarını değerlendirmek ve görüşmelerde bulunmak üzere 23-28 Mart 2005 tarihleri arasında beraberinde bir heyetle birlikte Amerika Birleşik Devletleri'ni ziyaret etmiştir.



Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep AKDAĞ beraberinde bir heyet ile birlikte 16-25 Mayıs 2005 tarihleri arasında İsviçre Cenevre'de düzenlenen 58. Dünya Sağlık Asamblesine, 12-15 Eylül 2005 tarihleri arasında Romanya Bükreş'te düzenlenen 55. DSÖ Avrupa Bölge Komite Toplantısı'na katılmıştır.

Sağlık Bakanımız İsrail Sağlık Bakanı Davi NAVEH'in davetlisi olarak 6-10 Haziran 2005 tarih-

leri arasında beraberinde bir heyet ile birlikte İsrail ve Filistin'i ziyaret etmiştir.

Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep AKDAĞ 8 Ekim 2005 tarihinde Güney Asya'da meydana gelen deprem nedeniyle 20-21 Ekim 2005 tarihleri arasında Başbakanımız Recep Tayyip ERDOĞAN heyetiyle birlikte Pakistan'ı ziyaret etmiştir.

Sağlık Bakanımız beraberinde bir heyetle birlikte Belçika Sağlık Bakanı Rudi DEMOTTE'nin davetine icabetle, 16-19 Kasım 2005 tarihleri arasında Belçika'yı, Meksika Sağlık Bakanı Dr. Julio FRENK'in davetine icabetle, 6-10 Aralık 2005 tarihleri arasında Meksika'yı, 22-26 Aralık 2005 tarihleri arasında Sağlık Bakanı Dr. Ali Bin Muhammed Bin Musa'nın davetine icabetle Oman'ı ziyaret etmiştir.

Bakan Düzeyinde Ülkemize Yapılan Ziyaretler:
Azerbaycan Sağlık Bakanı Prof. Dr. Ali İNSANOV 21-26 Şubat 2005 tarihleri arasında, Finlandiya Sağlık ve Sosyal Hizmetler Bakanı Liisa Marja HYSSALA 5-8 Temmuz 2005 tarihlerinde, Afganistan İslam Cumhuriyeti Sağlık Bakanı Dr. Muhammed Emin FATIMI beraberlerinde bir heyetle 19-26 Temmuz 2005 tarihlerinde Sağlık Bakanımızın konduğu olarak, ülkemizi ziyaret etmişlerdir.

Makedonya Başbakanı Vlado BUCKOVSKI ve Sağlık Bakanı Prof. Dr. Vladimir DIMOV ikili görüşmelerde bulunmak üzere 15 Mart 2005 tarihinde ülkemizi ziyaret etmiştir.

Gürcistan Sağlık, Sosyal İşler ve Çalışma Bakanı Dr. Vladimer CHIPASHVILI beraberinde bir heyet ile birlikte 05-08 Mayıs 2005 tarihleri arasında Sağlık Bakanımızın konduğu olarak, ülkemizi ziyaret etmiştir.

Bölge Ofisi Ülke Stratejisinin Bir Sonraki Aşaması: Sağlık Sistemlerinin Güçlendirilmesi ve Avrupa Bölgesi'nde Kızamık ve Kızamıkçığın Eliminasyonu ve Doğumsal Kızamıkçığın Önlenmesi vasıtasıyla Ulusal Bağışıklama Sistemlerinin Güçlendirilmesi konularında birer sunum yapıldı.

Obezite ile Mücadele-DSÖ Avrupa Bakanlar Konferansı, Türkiye için stratejik model.

Ayrıca, toplantı sırasında Bakanlığımızın ev sahipliğinde 15-17 Kasım 2006 tarihlerinde İstanbul'da düzenlenecek olan Obezite ile Mücadele DSÖ Avrupa Bakanlar Konferansı hakkında da bir teknik brifing verildi. Söz konusu konferansı ülkemizde düzenlenmesine ilişkin Mutabakat Zaptı Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ ve DSÖ Avrupa Bölge Direktörü Dr. Marc Danzon tarafından 12 Eylül 2005 tarihinde imzalandı.

Konferansa, Bakanlığımız ve DSÖ'nün yanı sıra Avrupa Komisyonu, Avrupa Konseyi ve diğer ilgili Birleşmiş Milletler kuruluşları da destek verecekler.

Konferansa sağlığın yanı sıra ticaret, tarım, spor, ulaşım, şehir planlama ve eğitim gibi diğer ilgili devlet sektörlerinin Bakanları ve üst düzey yöneticileri, hükümetlerarası kuruluşlar, sivil toplum kuruluşları, uzmanlar ve uluslararası basın mensuplarından oluşan 600-700 kişinin katılımı bekleniyor.

(DSÖ) Dünya Sağlık Örgütü'nün tarihi

1946 yılında, Birleşmiş Milletler (BM) Ekonomik ve Sosyal Konseyi'nin çağrısı ile New York'ta toplanan Uluslararası Sağlık Konferansı'nda, BM'ye üye 51 ülke ve çeşitli uluslararası örgüt temsilcilerinin katılımıyla, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün Anayasası'nı oluşturuldu. Anayasa, 22 Temmuz 1946 tarihinde 61 devletin temsilcileri tarafından imzalandı. Türkiye DSÖ'ye 1949 yılında üye oldu. Halen, DSÖ'ye 192 ülke üyedir.

DSÖ'nün organları, Dünya Sağlık Asamblesi, İcra Kurulu, Sekreteryaya, Bölge Ofisleri ve Ülke Temsilciliklerinden oluşur.



KKTC Sağlık Bakanı Eşref VALZ beraberinde bir heyet ile birlikte Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep AK-DAĞ'ın konuğu olarak 20-23 Eylül 2005 tarihleri arasında ülkemizi ziyaret etmiştir.

Ülkelerle Gerçekleştirilen İşbirliği Faaliyetleri: Afganistan'ın yeniden imarına yönelik olarak ülkemizde yapılan çalışmalar çerçevesinde, Bakanlığımızdan bir heyet 1-4 Şubat 2005 tarihleri arasında Afganistan'ı ziyaret etmişlerdir.

Güney Asya'da meydana gelen deprem ve tsunami felaketi nedeniyle ülkemizin yardımlarını Endonezya ve Sri Lanka'ya iletmek üzere Müsteşar Yardımcısı Dr. Cihanser EREL Türkiye Kızılay Derneği temsilcisi olarak 1-8 Şubat 2005 tarihleri arasında anılan ülkelere gitmiştir.

Irak/Telafer bölgesinde meydana gelen olaylar nedeniyle ülkemiz tarafından bölgeye yönelik olarak

sürdürülen acil yardımlar çerçevesinde, Başbakanlık Türkiye İşbirliği ve Kalkınma İdaresi Başkanlığı ve Bakanlığımızca Irak/Telafer Hastanesi'nde görev yapan sağlık personelinin Ankara'daki hastanelerimizde kısa süreli eğitim görmeleri kararlaştırılmıştır. İlk olarak 14 Iraklı doktor eğitim görmek üzere 5 Nisan 2005 tarihinde ülkemize gelmiştir. 10-31 Mayıs 2005 tarihleri arasında 10 doktor daha Bakanlığımız hastanelerinde eğitim almıştır.

26 Aralık 2004 tarihinde Endonezya'nın Sumatra adası yakınlarında meydana gelen büyük deprem nedeniyle ülkemizin bölgeye yaptığı yardımlar çerçevesinde doktor ve hemşireden oluşan 5 kişilik sağlık ekibi 13 Mayıs 2005 tarihinde Endonezya'ya gönderilmiştir.

Müsteşarımız Prof. Dr. Necdet ÜNÜVAR beraberinde bir heyet ile birlikte İran Sağlık, Tedavi ve Tıp Eğitim Bakan Yardımcısı Dr. Mohammad NOURİ'nin davetine icabetle, ikili işbirliği konularını görüşmek

Dünya Sağlık Örgütü'nün bölge ofisleri; Avrupa Bölge Ofisi (Kopenhag), Doğu Akdeniz Bölge Ofisi (Kahire), Afrika Bölge Ofisi (Harare), Amerika Bölge Ofisi (Washington), Güney Doğu Asya Bölge Ofisi (Yeni Delhi), Batı Pasifik Bölge Ofisi (Manila)'dir. Türkiye DSÖ Avrupa Bölge Ofisi'ne üyedir.

Her bölgeyi iki organ temsil eder. Bunlardan birincisi Bölge Direktörü ve personelden oluşan Bölge Ofisi, diğeri ise bölgeye üye ülkelerin temsilcilerinden oluşan ve yılda bir kez toplanan Bölge Komitesi'dir. Bu Komiteler bölgesel sağlık sorunlarını tartışarak Genel Kurul'da varılan kararları bölgesel düzeyde uygulamaya koymak, kendi bölgelerinin faaliyet raporunu hazırlamak ve çalışma programını düzenlemek üzere her yıl bir kez toplanırlar.

Bu çerçevede, ülkemizin üyesi olduğu DSÖ Avrupa Bölge Komitesi, her yıl Eylül ayında toplanır. Toplantılar bir yıl DSÖ Avrupa Bölge Ofisi'nin bulunduğu Danimarka'nın Kopenhag kentinde, diğeri yıl ise üye ülkelere birinde düzenlenir.



ve İran – Med fuarını ziyaret etmek üzere 24-28 Mayıs 2005 tarihlerinde İran'ı ziyaret etmiştir.

Uluslararası Kuruluşlarla İşbirliği

Dünya Sağlık Örgütü ile İşbirliği: 2006 yılında Bakanlığımız ev sahipliğinde düzenlenecek olan beslenme konulu DSÖ Avrupa Bakanlar Toplantısı organizasyonu konusunda gerekli çalışmaların ve düzenlemelerin başlatılabilmesi için DSÖ Teknik Destek Birimi Yardımcı Direktörü Dr. Haik NIKOGOSIAN Bakanlığımız yetkilileriyle toplantı detayları hakkında görüşmelerde bulunmak üzere 27 Şubat – 2 Mart 2005 tarihleri arasında ülkemizi ziyaret etmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Bakanlığımız işbirliği ile 25-28 Nisan 2005 tarihleri arasında Antalya'da "Aile ve Toplum Sağlığı için Ulusal Politikalar ve Stratejiler" konulu bir toplantı yapılmış olup, anılan toplantıya Bakanlığımızı temsilen Müsteşarımız

Prof. Dr. Necdet ÜNÜVAR başkanlığında bir heyet katılmıştır.

Bakanlığımız ve DSÖ arasında imzalanan İki Yıllık İşbirliği Anlaşması (BCA) kapsamında Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yürütülen "Tüberküloz ve Kızamık Hastalıklarına Özellikle Odaklanarak Bulaşıcı Hastalıkların Denetimi ve Kontrolü için Ülke Stratejilerinin kapasitesinin Geliştirilmesi Projesi" ile ilgili görüşmelerde bulunmak üzere, DSÖ Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyansı Bölge Danışmanı Dr. Bernardus GANTER 1 Haziran 2005 tarihinde Bakanlığımızı ziyaret etmiştir.

DSÖ Avrupa Obezite ile Mücadele Bakanlar konferansı Bakanlığımızın ev sahipliğinde 14-17 Kasım 2006 tarihlerinde İstanbul'da düzenlenecektir. Söz konusu konferansın ilk hazırlık toplantısı Dünya Sağlık Örgütü tarafından 10-12 Ekim 2005 tarihleri arasında Danimarka'nın Kopenhag kentinde yapılmıştır. Toplantıya Bakanlığımızı temsilen Müsteşar

2000 - 2005 Yılları Arasında Yurtdışına Gönderilen Bakanlığımız Personelinin Sayısı. (Merkez-Taşra)

Yıllar	Dünya Sağlık Örgütü (WHO)	Avrupa Konseyi	Bakanlık ve Bakanlığımıza bağlı katma bütçeli kuruluşların imkanı ile	Bilgi görgü araştırma ve eğitim amacı ile (özel akseptans)	Kongre konferans seminer sempozyum toplantı	BM-UNICEF- UNFPA-UNDP- OECD-JICA gibi Uluslararası Kuruluşlar	Milli Eğitim Tübitak çeşitli devletler ve Kuruluşların verdiği burslar	Genel Toplam
2000	32	7	186	56	288	86	2	657
2001	46	5	125	58	93	192	3	522
2002	49	2	139	72	3	248	-	513
2003	37	2	211	75	4	163	-	492
2004	31	6	168	62	-	141	-	408
2005	36	4	325	96	1	355	-	817

Yardımcısı Prof. Dr. Sabahattin AYDIN başkanlığında bir heyet katılmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 7-9 Kasım 2005 tarihleri arasında İsviçre'nin Cenevre kentinde düzenlenen "Kuş Gribi ve İnsanlarda Grip Salgını" konulu toplantıya Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünden katılım sağlanmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 15-17 Kasım 2005 tarihlerinde Antalya'da yapılan "Ulusal Bağışıklama Programı Yöneticileri Alt Bölgesel Toplantısı"na Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü Dr. Turan BUZGAN başkanlığında bir heyet katılmıştır.

Türkiye, Dünya Sağlık Örgütü İcra Kurulunda, 12-15 Eylül 2005 tarihlerinde Bükreş'te yapılan 55. Avrupa Bölge Komitesi Toplantısı'nda, 2006 yılında boşalacak olan Dünya Sağlık Örgütü İcra Kurulu

üyelerinden Avrupa Bölgesi kontenjanına Müsteşar Yardımcısı Prof. Dr. Sabahattin Aydın'ın aday gösterilmesi oy birliği ile kabul edilmiştir.

Diğer Uluslararası Kuruluşlarla İşbirliği: Avrupa Birliği Leonardo da Vinci Mesleki Eğitim Programının "Hareketlilik" alanı çerçevesinde "Zehir Danışma Merkezi'nin Faaliyetlerinin Geliştirilmesi" (ZEHDAN) projesi kapsamında 31 Ocak - 11 Şubat 2005 tarihleri arasında Almanya-Mainz Üniversite-taşkilinikum Toxikologie Kliniğinde, 14-25 Şubat 2005 tarihleri arasında "İtalya'nın Cagliari kentinde bulunan Università Delgi Studi di Cagliari Dipartimento di Tossicologia Merkezinde, 14-25 Mart 2005 tarihleri arasında İngiltere'nin Londra kentinde bulunan Guy's and St Thomas Hastanesinde, 14-25 Mart 2005 tarihleri arasında Fransa Les Hopitaux Universitaires de Strasburg Anti-Poison Toxicolo-

Sağlık Bakanımız Prof. Dr. Recep Akdağ Döneminde Sağlık Alanında İmzalanan Anlaşmalar Listesi.

ÜLKE	ANLAŞMA ADI	İMZA TARİHİ
FİLİSTİN	Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti ile Filistin Ulusal Otoritesi Adına Filistin Kurtuluş Örgütü Arasında Sağlık Alanında İşbirliğine Dair Protokol	21.05.2003
SURİYE ARAP CUMHURİYETİ	Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti ile Suriye Arap Cumhuriyeti Hükümeti Arasında Sağlık Alanında İşbirliğine Dair Anlaşma	29.07.2003
KKTC	Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı ile Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Arasında Sağlık Alanında İşbirliğine İlişkin Ek Protokol	16.09.2003
SUDAN	Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti ile Sudan Cumhuriyeti Hükümeti Arasında Sağlık ve Tıp Alanında İşbirliğine Dair Protokol	10.12.2003
KOSOVA	Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı ile Kosova Geçici Özyönetim Kurumları (Sağlık Bakanlığı) Adına Görev Yapan Birleşmiş Milletler Kosova Geçici Yönetimi Arasında Sağlık Alanında İşbirliği Anlaşması	18.12.2003
MOĞOLİSTAN	Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti ile Moğolistan Hükümeti Arasında Sağlık Alanında İşbirliğine Dair Anlaşma	29.11.2004
PAKİSTAN	Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti ile Pakistan İslam Cumhuriyeti Hükümeti Arasında Sağlık Alanında İşbirliğine Dair Anlaşma	20.01.2004
FAS	Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti ile Fas Krallığı Hükümeti Arasında Sağlık Alanında İşbirliğine Dair Anlaşma	30.03.2005
AFGANİSTAN	Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti ile Afganistan İslam Cumhuriyeti Hükümeti Arasında Sağlık Alanında İşbirliğine Dair Anlaşma	20.04.2005
YUNANİSTAN	Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti ile Yunanistan Cumhuriyeti Hükümeti Arasında Sağlık Alanında İşbirliğine Dair Anlaşma	28.09.2005
OMAN	Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı ile Oman Sultanlığı Sağlık Bakanlığı Arasında Sağlık Alanında İşbirliğine Dair Mutabakat Zaptı	24.12.2005



vigilance Merkezinde düzenlenen eğitime Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Zehir Araştırmaları Müdürlüğü- Zehir Danışma Merkezinden birer heyet katılmışlardır.

6-8 Kasım 2005 tarihleri arasında İtalya'nın Floransa kentinde düzenlenen Avrupa Topluluğunda geri ödeme ve ilaç fiyat stratejileri "International Society for Pharmacoeconomics and Outcome Research (ISPOR)" 8. Avrupa yıllık toplantısına İlaç ve Eczacılık Genel Müdürü Dr. Mahmut TOKAÇ başkanlığında bir heyet katılmıştır.

Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) tarafından 21-22 Kasım 2005 tarihleri arasında İtalya'nın Floransa kentinde Innocenti Bildirgesi'nin 15. yıl dönümü nedeni ile yapılan "Anne Sütünün Korunması, Teşvik Edilmesi ve Desteklenmesi" toplantısına Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürü Uz. Dr. M. Rifat KÖSE katılmıştır

Toplantı, Eğitim, Kurs, Burs, Kongre ve Bilgi-Göçü Amacıyla Çeşitli Ülkelere Gönderilenler

Sağlık yapılan planlamalarında alternatif tasarım modellerini yerinde görmek ve incelemelerde bulunmak üzere Araştırma Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkan V. Kenan BOZGEYİK ile Karadeniz Teknik Üniversitesi Mimarlık Fakültesi'nde görevli Yrd. Doç. Dr. Ayhan KARADAYI 17-19 Mart 2005 tarihleri arasında Almanya'nın Frankfurt kentinde incelemelerde bulunmuşlardır.

16-20 Mayıs 2005 tarihleri arasında İngiltere'nin Edinburgh kentinde düzenlenen "Afetler ve Acil Tıp Dünya Kongresi"ne ve anılan kongre öncesi 14-15 Mayıs 2005 tarihinde düzenlenen Afetlerde Sağlık Yönetimi konulu eğitim programına Araştırma Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığından katılım sağlanmıştır.

Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığının aşı üretim tesislerinin standartlarının geliştirilmesi ko-



nusunda uzmanlarla görüşmeler yapmak üzere Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanı Doç. Dr. Turan ASLAN 18-20 Temmuz 2005 tarihlerinde Fransa'nın Lyon kentine gitmiştir.

Maliye, Sağlık, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlıkları ile Hacettepe Üniversitesi arasında imzalanmış olan protokole istinaden başlatılan ve Hacettepe Üniversitesi'nin sorumluluğunda yürütülen "Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması için Altyapı Geliştirilmesi Projesi" kapsamında 27 Ağustos - 4 Eylül 2005 tarihleri arasında Avustralya'daki "Sağlık ve Sağlık Sigortacılığı Kurumlarını" incelemek üzere, Bakanlığımız Müsteşar Yardımcısı Prof. Dr. Sabahattin AYDIN ile Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nde görevli Dr. Mehmet DEMİR anılan ülkeye çalışma ziyareti gerçekleştirmiştir.

ABD'nin Washington kentinde 6-7 Ekim 2005 tarihleri arasında "Kuş Gribinin Yayılması ve Etkilerinin

Azaltılması" amacıyla düzenlenen yüksek düzeyli memurlar toplantısına ülkemizi temsilen Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünden katılım sağlanmıştır.

Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı'nın yeniden yapılanma faaliyetlerine destek olunması amacıyla, kendi organizasyon yapıları ve sorumlulukları hakkında bilgi alışverişi yapmak üzere 10-12 Ekim 2005 tarihleri arasında İsveç Enfeksiyon Hastalıkları Enstitüsü'ne, 17-21 Ekim 2005 tarihleri arasında Finlandiya Halk Sağlığı Enstitüsü'ne düzenlenen ziyaret programına Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığından birer heyet katılmışlardır.

İngiltere Dönem Başkanlığı sırasında 17-18 Ekim 2005 tarihleri arasında İngiltere'de düzenlenen "Sağlık Alanındaki Eşitsizlikleri Durdurmak ve Sağlık İçin Yönetmek Zirvesi"ne Sağlık Eğitimi Genel Müdürü Uzm. Dr. Sinan YOL başkanlığında bir heyet katılmıştır.

2000 - 2005 yılları arasında eğitim alanların tablosu.

	Y I L L A R					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Azerbaycan	40	13	12	7	7	14
Kazakistan	3	2	-	11	-	-
Özbekistan	1	-	12	18	10	-
Tacikistan	7	-	-	-	5	-
Gürcistan	1	-	-	12	-	-
KKTC	8	6	8	5	6	-
Moldova	4	4	-	-	-	-
Arnavutluk	-	12	-	-	-	-
Sudan	1	-	-	15	10	20
Afganistan	-	-	21	1	-	-
Kırgızistan	-	-	9	-	-	-
Filistin	-	-	-	-	14	7
Etiyopya	-	-	-	-	2	1
TOPLAM	65	37	62	69	54	42

Türkiye ve Yunanistan arasında Sağlık Afet Yönetimi konularında, karşılıklı işbirliğini sağlamak, önümüzdeki dönemde yürütülecek faaliyetleri ve kaynakları belirleyecek, ortak bir çalışma takvimi oluşturmak amacıyla, Yunanistan'dan 8 kişilik bir heyet ve Bakanlığımızdan da ilgili uzmanların katılımları ile 9-11 Kasım 2005 tarihleri arasında Ankara'da bir çalışma toplantısı yapılmıştır.

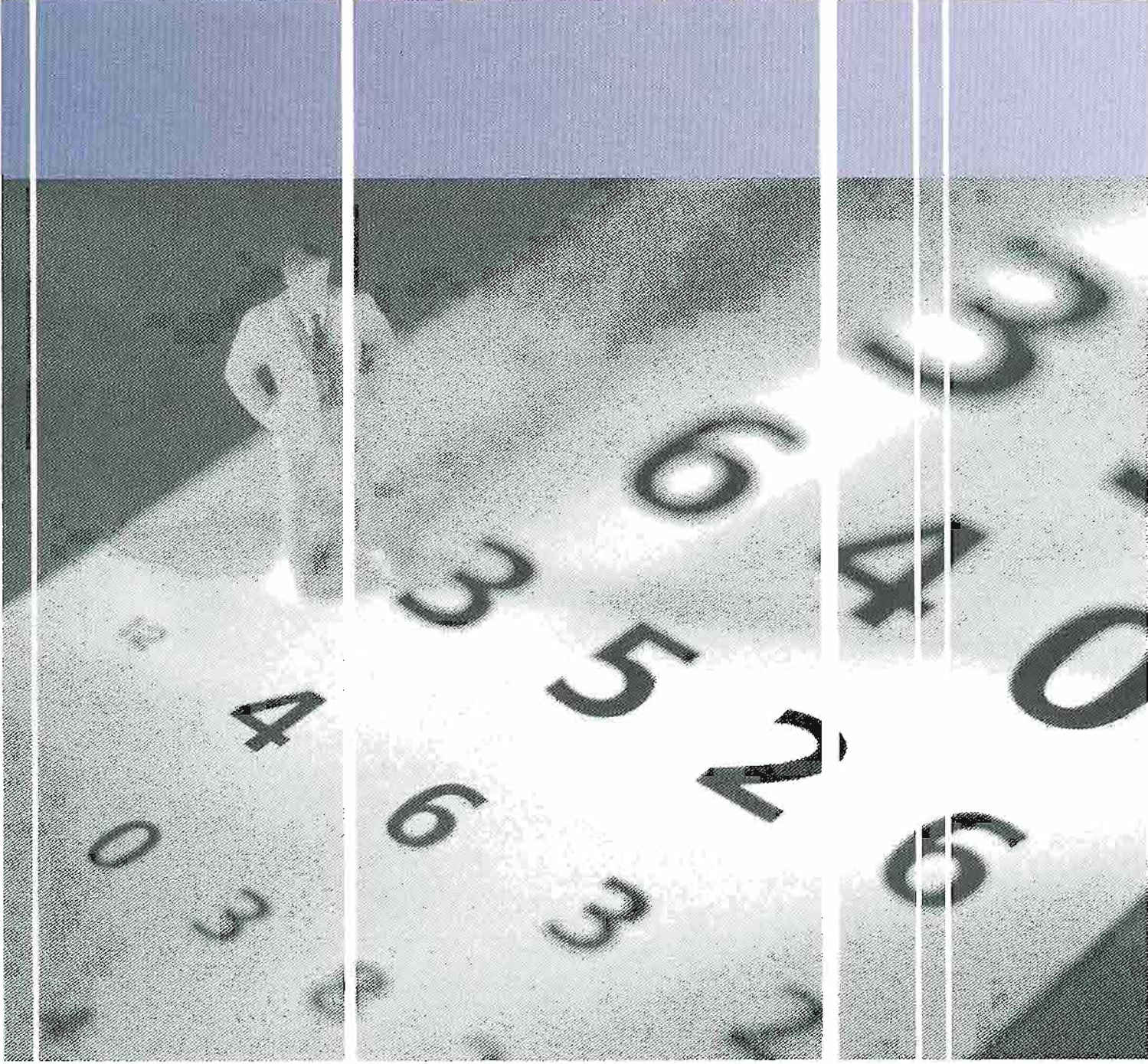
Almanya'nın Berlin kentinde bulunan Berlin Tıp Üniversitesi Tıbbi Transfüzyon Enstitüsü'nde kan ve kan ürünlerinin üretimlerine ilişkin inceleme ve ça-

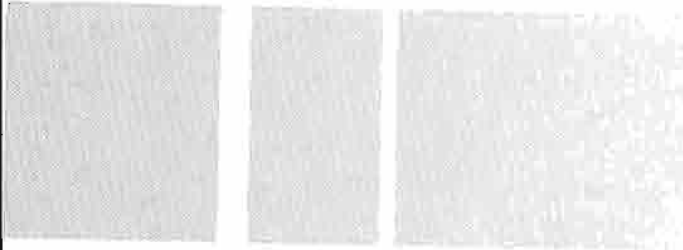
lışmalarda bulunmak üzere Tedavi Hizmetleri Genel Müdür Yardımcısı Uz. Dr. Bekir KESKİNKILIÇ ile Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimisi Prof. Dr. Nihat TOSUN 20-22 Kasım 2005 tarihleri arasında Almanya'ya gitmiştir.

Ülkemizde Eğitim Alan Yabancılar

Bakanlığımız ile çeşitli ülkelerin Sağlık Bakanlıkları arasında mevcut olan Sağlık Alanında İşbirliğine İlişkin Anlaşmalar çerçevesinde bu ülkelerin personeline Bakanlığımız birimleri ile eğitim hastanelerinde çeşitli konularda eğitim verilmektedir.

Avrupa Birliği Koordinasyon Daire Başkanlığı





Mevzuat uyum çalışmaları

Ulusal Program Kapsamında Yapılan Çalışmalar: Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi Başkanlığı tarafından "Ulusal Program" çerçevesinde uyumlaştırılmak üzere yer alan;

- Malların serbest dolaşımı,
- Kişilerin serbest dolaşımı,
- Çevre,
- Uluslararası gümrük işbirliği,
- İstatistik,
- Sosyal politika ve istihdam,
- Adalet ve içişleri,

konularında mevzuat uyum koordinasyon faaliyetleri yürütülmüştür. Bunun yanı sıra, Bakanlığımızın doğrudan sorumlu olduğu mevzuat uyumu konularında fiili müzakerelere hazırlık kapsamında "Sağlık Bakanlığı Müzakereler Eylem Planı" adlı doküman hazırlanarak taslak haline getirilmiştir.

Malların Serbest Dolaşımı: Kozmetikler: 24 Mart 2005 kabul tarihli 5324 sayılı Kozmetik Kanunu, 30 Mart 2005 tarih ve 25771 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Kanuna dayanılarak hazırlanan Kozmetik Yönetmeliği ise, 23 Mayıs 2005 tarih ve 25823 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanmış ve aynı gün yürürlüğe girmiştir.

Bunun yanı sıra, "Kozmetik Ürün Bileşimlerinin Kontrolü İçin Gerekli Analiz Yöntemleri Hakkında" Topluluk direktifine uyum sağlamak amacıyla yedi adet tebliğ metni hazırlanmış ve 1 Temmuz 2005 tarih ve 25862 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir.

Beşeri Tıbbi Ürünler: 24 Temmuz 2003 tarih ve 25178 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan "Avrupa Birliği Müktesebatının Üstlenilmesine İlişkin Türkiye Ulusal Programı"nda öngörülen takvim çerçevesinde;

- 19 Ocak 2005 tarih ve 25705 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Beşeri Tıbbi Ürünler Ruhsatlandırma Yönetmeliği,
- 22.03.2005 tarih ve 25763 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Beşeri Tıbbi Ürünlerin Güvenliğinin İzlenmesi ve Değerlendirilmesi Hakkında Yönetmelik,
- 12.08.2005 tarih ve 25904 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Beşeri Tıbbi Ürünler Ambalaj ve Etiket Yönetmeliği,
- 23.05.2005 tarih ve 25823 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Ruhsatlandırılmış ve Ruhsatlandırma Başvurusu Yapılmış Beşeri Tıbbi Ürünlerdeki Değişikliklere Dair Yönetmelik yayımlanmıştır.

AB Müzakere Sürecinde Türkiye Sağlık Hizmetleri



Kisilerin Serbest Dolaşımı: Mesleki Niteliklerin Karşılıklı Tanınması ile ilgili olarak ABGS tarafından bir kanun taslağı hazırlanmıştır. Bu kanunla, özellikle sağlık mesleklerinin icrası ile ilgili hükümler ortaya çıkacaktır. Ayrıca, bu kanunla mesleklerin sınıflandırılması ve asgari eğitim süreleri de belirlenecektir.

Hemşirelik ve ebelik eğitimleri dört yıllık yüksek öğrenim düzeyinde olacaktır. Diğer mesleklerle ilgili eğitim süreleri ve mesleğin tanınması ile ilgili kriterler Kanun ekinde yayımlanacaktır.

Doktorların serbest dolaşımını ve diplomalarnın, sertifikaların ve diğer resmi belgelerin karşılıklı tanınmasını kolaylaştıran Konsey Direktifi kapsamında hazırlanan ve 19.6.2002 tarih ve 24790 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren "Tıpta Uzmanlık Tüzüğü" kapsamında yönetmelik hazırlama çalışmalarına devam edilmektedir.

Sağlık mesleklerinin de serbest dolaşımını içeren "İş Kurma Hakkı ve Hizmet Sunum Serbestisi" müktesebat başlığına ilişkin müzakerelerin tarama toplantıları Brüksel'de yapılmıştır. Bu kapsamda tanıtıcı tarama toplantısı 21-22 Kasım 2005 tarihlerinde, ayrıntılı tarama toplantısı ise 19-20 Aralık 2005 tarihlerinde Brüksel'de düzenlenmiş olup, bu konuya ilişkin AB müktesebau ile Türk mevzuatı arasındaki farklılıklar belirlenmiştir.

Çevre: 98/83/EC sayılı Konsey Direktifini mevzuatımıza aktarmak amacıyla hazırlanan "İnsani Tüketim Amaçlı Sular Hakkındaki Yönetmelik" 17 Şubat 2005 tarih ve 25730 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanmıştır. "İnsani Tüketim Amaçlı Sular Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik" ise 24 Temmuz 2005 tarih ve 25885 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir.

Uluslararası Gümrük İşbirliği:

Istatistikler: Ulusal Program itibariyle Bakanlığımız, Devlet İstatistik Enstitüsü'nün koordinasyonunda 1786/2002/EC sayılı Topluluk kararının uyumlaştırılması sorumluluğunu taşımaktadır. Bu kapsamda, sağlık konusunda istatistiki veri derleme ile ilgili olarak ICD-10'un uygulanmasına yönelik gerekli çalışmalar yapılmaktadır.

Sosyal Politika ve İstihdam

Proje Geliştirme ve Koordinasyon Çalışmaları

Mevcut Projeler: Ulusal program kapsamında uyumlaştırılan mevzuatın uygulanması için bir seri proje geliştirilmesi gerekmektedir. Bu projeler, Avrupa Birliği Komisyonu kaynaklarından katkı paylı veya tamamen hibe olarak finanse edilmekte ve bu kapsamda başlatılmış olan projelere devam edilmektedir. Ayrıca, AB üyesi devletlerin proje karşılığı verdiği destekler de mevcuttur. Bakanlığımızca yürütülmekte olan 15 projeye AB mali desteği 99.639.607 Euro, bu projelere ilişkin ulusal katkı payı ise 8.815.250 Euro'dur.

Mali İşbirliği Kapsamındaki Proje ve Programlar: Halen Avrupa Birliği Komisyonu katkı paylı başlama aşamasında olan veya başlatılarak yürütülmekte olan projeler şunlardır;

- Sağlık Bakanlığı Resmi Gıda Kontrol Sisteminin Güçlendirilmesi Projesi
- Kansersiz Yaşam Projesi
- Üreme Sağlığı Programı
- Türk Uygunluk Değerlemesi Kurumlarına Destek Projesi

- Belirli Alanlardaki Piyasa Gözetimi Faaliyetleri İçin Türkiye'de Bakanlıkların Kapasitelerinin Güçlendirilmesi Projesi
- Sağlık Bakanlığının Biyosidal Ürünler ve Su Alanında Yürüttüğü Mevzuat Uyumu ve Uygulama Çalışmalarının Desteklenmesi Projesi
- Bulaşıcı Hastalıkların Epidemiyolojik Sürveyansı ve Kontrolü Sisteminin Güçlendirilmesi Projesi
- Sağlık Bakanlığı, Çevre ve Orman Bakanlığı ile



- Tarım ve Köyşleri Bakanlığının İyi Laboratuvar Uygulamaları Alanındaki Müktesebat Uyumu ve Uygulama Çalışmalarının Güçlendirilmesi Projesi
- Hava Kalitesi Kimyasallar ve Atık Alanında Türkiye'ye Destek Projesi
- Türkiye'de Kalite Altyapısının Desteklenmesi Projesi: (MSTQ)



Katılımı Sağlanan Avrupa Birliği Programları:

Halk Sağlığı Eylem Programı

Altıncı Çerçeve Programı:

Leonardo da Vinci Mesleki Eğitim Programı

Bu program kapsamında Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı tarafından Zehir Araştırma (ZEHMER) ve Zehir Danışma Merkezlerinin Faaliyetlerinin Geliştirilmesi (ZEHDAN) başlıklı iki adet proje önerilmiştir. Bunlar:

Zehir Araştırma Merkezi Faaliyetlerinin Geliştirilmesi (ZEHMER):

Zehir Araştırma Merkezinin Faaliyetlerinin Geliştirilmesi Projesi kapsamında, Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı bünyesinde faaliyet gösteren Zehir Araştırmaları Müdürlüğü tarafından organize edilen, acil hizmeti veren hekimlerin temel toksiko-

loji konusundaki genel bilgilerini tazelemek ve merkeze sıklıkla başvuran hekimleri merkezin işleyiş şekli ve nasıl daha etkin şekilde yararlanılabileceği konusunda bilgilendirmek amacıyla eğitim veren Zehir Araştırmaları Müdürlüğü'nün 16 elemanının eğitimi tamamlanmıştır.

Bütçe: 33.600 YTL.

Sorumlu Birim: Zehir Araştırmaları Müdürlüğü

Zehir Danışma Merkezi Faaliyetlerinin Geliştirilmesi (ZEHDAN):

Zehir Danışma Merkezinin Faaliyetlerinin Geliştirilmesi Projesi kapsamında, Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı bünyesinde faaliyet gösteren Zehir Araştırmaları Müdürlüğü tarafından organize edilen, acil hizmeti veren hekimlerin temel toksikoloji konusundaki genel bilgilerini tazelemek ve

Merkeze sıklıkla başvuran hekimleri Merkezin işleyiş şekli ve nasıl daha etkin şekilde yararlanılabileceği konusunda bilgilendirmek amacıyla eğitim veren Zehir Araştırmaları Müdürlüğü'nün 8 elemanının eğitimi planlanmıştır.

Bütçe: 16.800 YTL.

Sorumlu Birim: Zehir Araştırmaları Müdürlüğü

Her iki proje de bağımsız dış uzmanlarca yapılan içerik değerlendirmeleri ve ilgili uzmanlarca gerçekleştirilen bütçe kontrolleri sonucu Yönlendirme ve İzleme Komitesi tarafından desteklenmeye değer bulunmuştur. Proje kapsamındaki eğitim faaliyetleri Kasım 2004'te başlamış ve 2005 yılında tamamlanmıştır.

Avrupa Birliği Üyesi Devletler Tarafından Desteklenen Projeler: Gıda Maddeleri Test Laboratuvarlarının Akreditasyonu. (Halk Sağlığı Laboratuvarlarının Akreditasyonu)

Üçüncü Ülkelerden İthal Edilen Ürünlerin Ürün Güvenliği Kurallarına Uygunluğunun Kontrolü İle İlgili 339/93/EC Sayılı Konsey Tüzüğü ve Söz Konusu Tüzüğü Değiştiren 98/583/EC Sayılı Kararın Uygulanması Projesi.

Diğer Projeler

Avrupa Sağlık Hizmetlerinde Dolandırıcılık ve Yolsuzluk Ağı Projesi.

Eğitim Çalışmaları

"Ulusal Program" kapsamında yürütülen uyumlaştırma çalışmalarına destek olmak üzere, gerek Başkanlık personelinin hizmet içi eğitimi gerekse Ba-

kanlık Merkez ve Taşra Teşkilatı personelinin eğitimi çalışmalarına 2005 yılında da devam edilmiş ve aşağıdaki kategorilerde çalışmalar sürdürülmüştür.

Avrupa Birliği Konulu Eğitim Faaliyetleri: Yabancı Dil, AB Temel ve Uzmanlık Eğitimleri:

Avrupa Birliği konusunda nitelikli personel yetiştirmek amacıyla Avrupa Toplulukları Araştırma ve Uygulama Merkezinde düzenlenmekte olan AB Temel Eğitimine 16, AB Uzmanlık Eğitimine 15, Jean Monnet Sosyal Politika Modülüne 5 ve Sektörel İngilizce-Avrupa Birliği eğitimine 5 Bakanlık personelinin katılımı sağlanmıştır.

Hizmet İçi Eğitim Faaliyetleri

Daire Başkanlığı bünyesinde yürütülen hizmet içi eğitim faaliyetleri:

Daire Başkanlığı bünyesinde yürütülen hizmet içi eğitim faaliyetleri kapsamında, Başkanlık personelinin tamamına Cuma günleri genel eğitim toplantıları düzenlenmiştir. Hizmet içi eğitim konuları şunlardır:

- YTL Uygulaması.
- 17 Aralık 2004 Sonrası TC-AB İlişkileri.
- Türkçe İmla Kuralları (4 hafta).
- Son Bir Ay İçinde Resmi Gazetede Yayımlanan Mevzuat (Ocak 2005).
- Aile Hekimliği.
- Kamu Görevlileri Etik Kurulu.
- 2005 Yılı Sağlık Tesisleriyle İlgili Yatırımlar.
- Ulusal Program Kapsamında Uyumlaştırılan Mevzuatın Uygulanmasına Yönelik Projeler.
- Bakanlık E-posta Sistemi Tanıtımı.
- Eurostat Verileri.

- ☒ 2004 yılı içinde Ulusal Program Kapsamında Bakanlığımızca Yayınlanan Mevzuat.
- ☒ İş Sağlığı ve İş Güvenliği Mevzuatı.
- ☒ Spor ve Sağlık.
- ☒ Son Bir Ay İçinde Resmi Gazete'de Yayımlanan Mevzuat (Şubat - 2005).
- ☒ Kariyer Yönetimi.
- ☒ Kamu Görevlileri Etik Kanunu.
- ☒ Sürekli Kalite Yönetimi.
- ☒ Son Bir Ay İçinde Resmi Gazete'de Yayımlanan Mevzuat (Mart 2005).
- ☒ Son Bir Ay İçinde Resmi Gazete'de Yayımlanan Mevzuat (Nisan 2005).
- ☒ Başbakanlık Sessiz Devrim Belgeseli.
- ☒ Son Bir Ay İçinde Resmi Gazete'de Yayımlanan Mevzuat (Mayıs 2005).
- ☒ Alternatif Tıp.
- ☒ Deprem.
- ☒ Son Bir Ay İçinde Resmi Gazete'de Yayımlanan Mevzuat (Haziran 2005).
- ☒ Halk Sağlığı Eğitimi.
- ☒ HIV-AIDS.
- ☒ Sosyal Güvenlik Kurumları.
- ☒ Sağlıklı Beslenme.
- ☒ Son Bir Ay İçinde Resmi Gazete'de Yayımlanan Mevzuat (Temmuz 2005).
- ☒ Yangın Mevzuatı ve Tatbikatı.
- ☒ Trafik Kanunu.
- ☒ Denetleme Yönergesi.
- ☒ Son Bir Ay İçinde Resmi Gazete'de Yayımlanan Mevzuat (Ağustos 2005).
- ☒ İlk Yardım.
- ☒ AB Açısından İdari Kapasite.
- ☒ AB Anayasası.
- ☒ AB Müzakere Süreci.
- ☒ Gıda Güvenliği.
- ☒ Kamu Yönetimi Reform Kanunu Tasarısı.
- ☒ Radyasyon Güvenliği.
- ☒ Hasta Hakları.
- ☒ Beslenme Sorunları.
- ☒ Son Bir Ay İçinde Resmi Gazete'de Yayımlanan Mevzuat (Eylül 2005).
- ☒ Son Bir Ay İçinde Resmi Gazete'de Yayımlanan Mevzuat (Ekim 2005).

YAYIN ADI	ISBN NO	BAKANLIK YAYIN NO	SAYFA SAYISI
1. Türkiye Ulusal Sağlık Programı	975-590-137-X	685	103
2. Su Mevzuatı	975-590-138-8	686	47
3. Adalet ve İçişleri Mevzuatı	975-590-139-6	687	86
4. Oyuncak Mevzuatı	975-590-140-X	688	13
5. Tıbbi Cihazlar Mevzuatı	975-590-141-8	689	85
6. Beşeri Tıbbi Ürün Mevzuatı	975-590-142-6	690	94

- Kuş Gribi.
- Avrupa Sağlık Hizmetlerinde Dolandırıcılık ve Yolsuzluk Ağı.
- Ağız ve Diş Sağlığı Haftası.
- Son Bir Ay İçinde Resmi Gazete'de Yayımlanan Mevzuat (Kasım 2005).
- Son Bir Ay İçinde Resmi Gazete'de Yayımlanan Mevzuat (Aralık 2005).

Bakanlık Merkez ve Taşra Teşkilatının Eğitimi

Avrupa Birliği Genel Bilgilendirme Toplantıları: Avrupa Birliği, Avrupa Birliği-Türkiye İlişkileri, Ulusal Program Çerçevesinde Mevzuat Uyumunu ve Proje Çalışmaları ve Müzakere Süreci konularında Bakanlık Merkez Teşkilatına yönelik üç ayda bir bilgilendirme toplantıları düzenlenmiştir.

Avrupa Birliği Eğiticilerin Eğitimi Programı: 2004 yılında tamamlanan AB Eğiticilerinin Eğitimi Programı Ankara, İstanbul ve Hakkari illerinin ihtiyacı nedeniyle 30 Mayıs – 2 Haziran 2005 tarihlerinde tekrar düzenlenerek 21 personele eğitim verilmiştir.

Proje Süreç Yönetimi Eğitim Programı: 2004 yılında Merkez Teşkilatı personeline düzenlenen AB Mali Kaynakları ve Proje Süreç Yönetimi Eğitim Programına 2005 yılında Taşra Teşkilatı personeli de dahil edilmiştir.

Dört günlük eğitim programı 16 hafta boyunca Daire Başkanlığımız toplantı salonunda gerçekleştirilmiş olup, 4 Ocak – 23 Haziran 2005 tarihleri arasında

- 81 il sağlık müdürlüğü personeli 168,
- Merkez Teşkilatı personeli 7 kişiye eğitim verilmiştir.

Bilgi İşlem ve Dokümantasyon Çalışmaları

Bakanlık internet sayfasında Avrupa Birliği Koordinasyon Daire Başkanlığı faaliyet ve çalışmalarını ile, sektörü ve kamuoyunu bilgilendirmeye yönelik konuların ve duyuruların yayınlanmasına devam edilmiştir. Bu kapsamda mevzuat uyum ve proje faaliyetlerine ilişkin aylık raporların yanı sıra Daire Başkanlığımız tarafından yapılan araştırma ve tercüme-ler, Avrupa Birliği eğitim dokümanları, Avrupa Birliği ve sağlık konulu konferans ve seminer duyuruları, proje teklif çağrılarını, kaynak kitap ve dokümanlar ve sağlıkla ilgili web siteleri internet sayfasında yayınlanmaya devam edilmektedir.

Ayrıca, Sağlık Bilgi Erişim Merkezi (SABEM) web sayfasında yayınlanmak üzere Avrupa Birliği ve Sağlık alanında 173 adet elektronik belge ve doküman desteği sağlanmıştır.

Yayın Faaliyetleri

Daire Başkanlığı Yayın Kurulu tarafından görev alanımıza giren konularda ihtiyacı tespit edilen başlıklarda yayın faaliyetleri planlanıp yürütülmüştür. Bu kapsamda, Bakanlığımız tarafından Ulusal Program kapsamında uyumlaştırılmış olan ve başlıkları verilen mevzuatı içeren 6 adet yayının 1000'er adet basımı yapılmış olup, 2006 yılı içerisinde dağıtımı yapılacaktır.

Araştırma Faaliyetleri

Bakanlık birimleri, resmi kurum ve kuruluşlar, sivil toplum kuruluşları, özel tüzel kişiler ve özel sağlık kuruluşları, sağlık meslek kuruluşları ve akademik çevrelerden gelen talepler doğrultusunda sağlık alanında Avrupa Birliği Mevzuatı ve üye ülke düzenleme ve uygulamaları hakkında araştırma faaliyetlerine devam edilmiştir. 2005 yılında araştırma yapılan konular şunlardır:

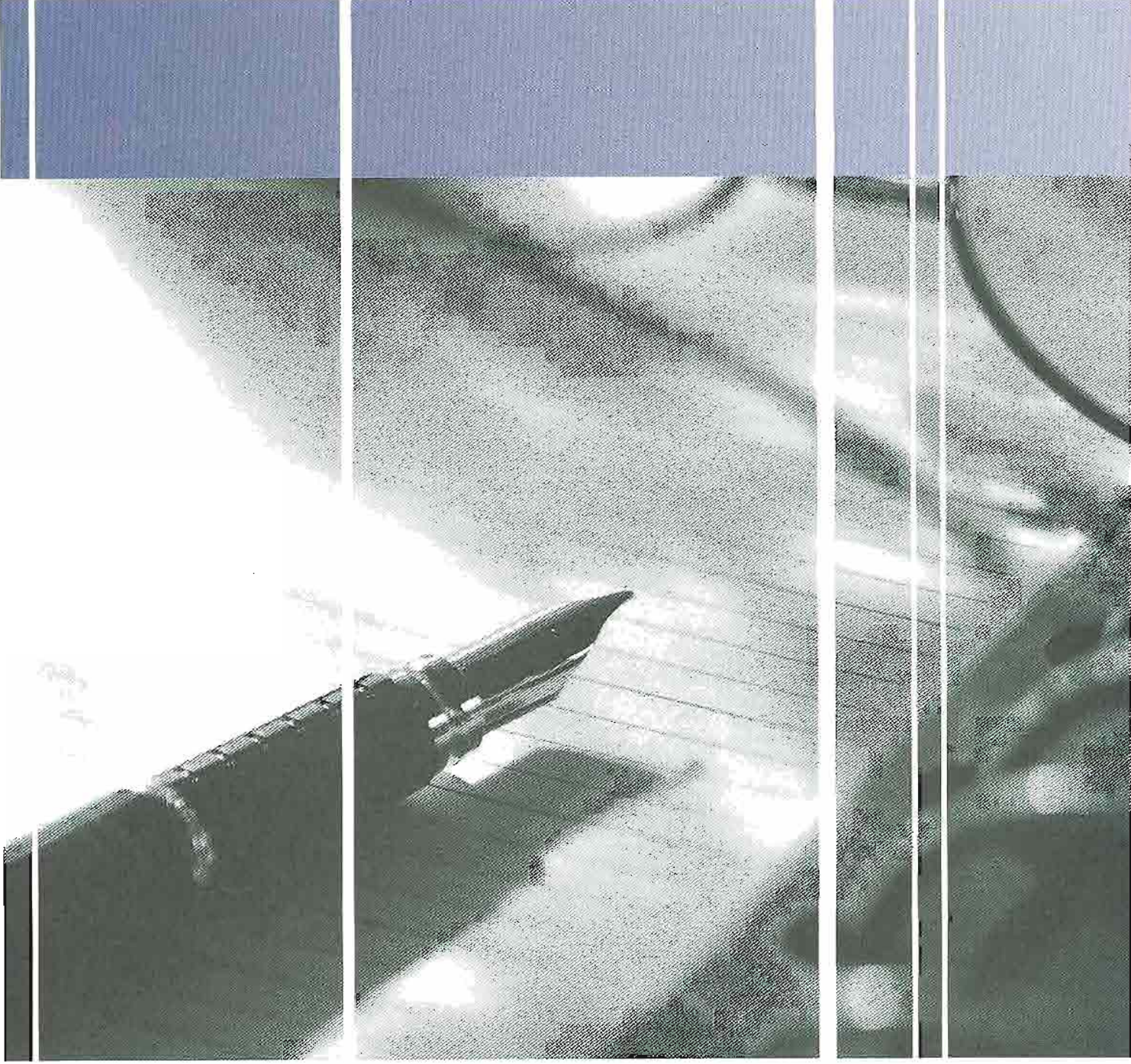
- Alkol Ürünlerinin Reklamı.
- Enteral Beslenme Ürünleri ve Tıbbi Amaçlı Bebek Mamalarının Üretim, İthalat, İhracat ve Denetlenmesine İlişkin Esas ve Usuller.
- Sağlık Hizmeti Sunumunda Tabip Odalarının Fiyat Belirlemede Etkileri.
- Bebek Gıdalarında Reklam.
- Piyasa Gözetimi ve Denetimi.
- Kardiyoloji Uzman ve Yatak Sayısı.
- İkinci El Tıbbi Cihaz Kullanımı.
- Turizm ve Sağlık.
- Bağımlılık Tedavi Merkezleri.
- Saç Ekimi Yapmaya Yetkili Kişiler.
- Toluen-Uyuşturucu İthalatı ve Dağıtımı.
- Evlilik Öncesi, Evlilik Danışmanlığı Eğitimi.
- Reaktif Biyokimyasal Kit İthalatı.
- AB Ülkelerinde Piyasa Gözetimi ve Denetimi Sistemleri ile Sistemde Yer Alacak Kadroların Tespitinde Esaslar.
- Engelli ve Özürlülerin AB'deki Hakları.
- AB Ülkelerinde Denetim Hizmetleri.
- Sağlıkta Akreditasyon.
- Sağlık Personelinin Aynı Anda Kamuda ve Özelde Çalışması.
- Çocuklara Yönelik Klinik Araştırmalar.
- AB Ülkelerinde Tabip Odaları ve Yetkileri.
- AB Ülkelerinde Afet ve Acil Sağlık Hizmetlerinin Yönetim ve Organizasyonu.
- AB'de Anestezi Uzmanları.
- Gün Hastaneleri.
- AB Müzakere Süreci.
- Gözlükçülük Mesleği Standartları.
- AB Yaralanmalar Veri Transferi.
- Devlet Hastanelerinin AB Kriterlerine Uygunluğu.
- Radyasyona Maruz İşyerlerinde Çalışma Saatlerinin Kısıtlanması.
- AB'de Hasta Hakları.
- AB'de Sağlık Yönetimi.
- Mesleki Yeterlilikler- Sağlık Meslekleri.
- Malpraktis (Tıbbi Yanlış Uygulamalar).
- Güzellik Salonlarının Ruhsatlandırılması.

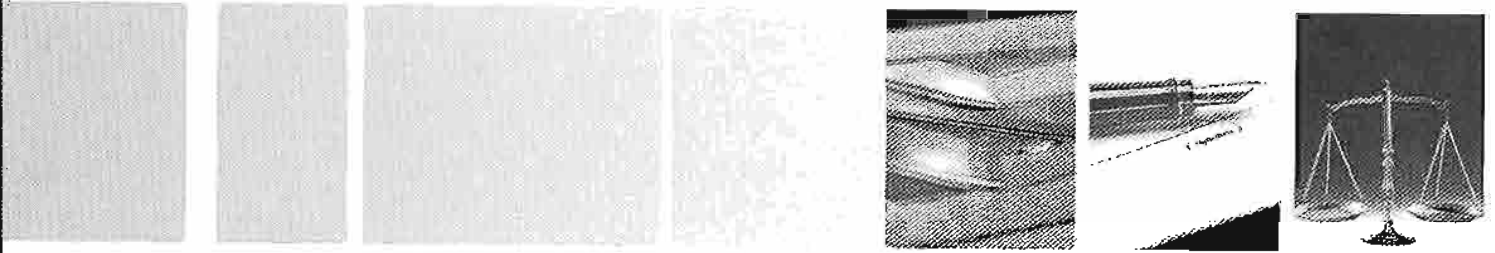
Ek-3/Avrupa Birliği Katılım Öncesi Mali Kaynakları Bakanlığımız Projeleri Finansman Tablosu.

**AVRUPA BİRLİĞİ KATILIM ÖNCESİ MALİ KAYNAKLARI SAĞLIK BAKANLIĞI
PROJELERİ FİNANSMAN TABLOSU**

Mali İşbirliği Programı			
No	Projenin İsmi	Toplam Bütçe Katkısı EURO	Ülkemiz EURO
1	Bazı Yeni Yaklaşım Direktiflerinin Uygulanmasında Uygunluk Değerlendirme Kuruluşlarının ve Sanayi ve Ticaret Bakanlığı'nın Desteklenmesi Projesi,	2.075.257	500.000
2	Belirli Alanlardaki Piyasa Gözetimi Faaliyetleri için Türkiye'de Bakanlıkların Kapasitelerinin güçlendirilmesi projesi,	1.500.000	
3	Su (Halk Sağlığının Korunmasına Yönelik) ve Biosidal Ürünler Projesi,	5.000.000	500.000
4	Bulaşıcı Hastalıkların Epidemiyolojik Sürveyansı Projesi,	3.000.000	
5	Kansersiz Yaşam Projesi	5.445.000	736.250
6	İyi Laboratuvar Uygulamalar (GLP) Projesi	1.500.000	
7	Hava Kalitesi Kimyasallar ve Atık Alanında Türkiye'ye Destek Projesi	2.900.000	350.000
	Ara Toplam	21.320.257	2.086.250
MEDA Programı			
8	Üreme Sağlığı Programı	60.000.000	5.000.000 (Aynı Katkı)
9	Kanser Tarama ve Eğitim Merkezleri Projesi (Aralık 2004) tarihinde sona erdi)	3.179.000	1.729.000 (Aynı Katkı)
	Ara Toplam	63.179.000	6.729.000
MATRA Programı			
10	Resmi Gıda Kontrol Ve Denetim Sisteminin Güçlendirilmesi Projesi	403.000	
11	Hava Kalitesinin İzlenmesi Faaliyetlerine Yönelik Kalite Güvence Sisteminin Güçlendirilmesi Projesi.	403.000	
	Ara Toplam	806.000	
Leonardo Meslekî Eğitim Programı			
12	ZEHMER	33.600	—
13	ZEHDAN	16.000	—
14	Hasta Haklarının Türkiye'de Tanıtımı	9.100	
15	Ergenlik Döneminde İstenmeyen Gebeliklerin/ Komplikasyonların Önlenmesi	14.000	
TOPLAM		108.454.857	8.815.250
Bakanlığımız Tarafından Faydalanılan Toplam AB Finansman Miktarı		99.639.807 EURO	

Hukuk Müşavirliği ve Teftiş Kurulu Faaliyetleri





İş Türü:	Sayısı:	Dava Konusu İşlem Hakkında KVVOK	61
Açılan İdari Davalar	3554	Açılan Adli Davalar	2799
Bakanlık Lehine Verilen Kararlar (Red Kararları)	863	Başvurulan İcra Takipleri	845
Bakanlık Aleyhine Verilen Kararlar (İptal-Kabul Kararları)	892	Görüş Bildirilen Mevzuat	131
Yürütmenin Durdurulması Kararları	290	Kanun Tasarısı	69
Yürütmenin Durdurulması Red Kararları	770	Yönetmelik ve Tüzük Tasarısı	62
Davacıların Temyiz Talebinin Kabulüne Dair Karar	58	Verilen Mütalaalar	227
Davacıların Temyiz Talebinin Reddine Dair Karar	162	Gelen Evrak Toplamı	30.405
Bakanlığımız Temyiz Talebinin Kabulüne Dair Karar	69	Giden Evrak Toplamı	27.545
Bakanlığımız Temyiz Talebinin Reddine Dair Karar	336	Dahili Giden	15.053
Davacıların Tashih Talebinin Kabulüne Dair Karar	3	Harici Giden	12.492
Davacıların Tashih Talebinin Reddine Dair Karar	43		
Bakanlığımız Tashih Talebinin Kabulüne Dair Karar	3		
Bakanlığımız Tashih Talebinin Reddine Dair Karar	103		
		01.01.2005-31.12.2005 Tarihleri Arası Açılan Davaların Konularına Göre Dağılımı	
		Davanın konusu:	Sayısı:
		Atama ve Nakil	792
		Mali Özlük ve Sosyal Haklar	1.954
		Disiplin Cezaları	293
		Öğrenim ve Okul İşleri	10
		Tam Yargı Davaları	203
		İhale İşleri	39
		Eczane Ruhsatları	45

Düzenleyici İşlemler	155
Ihtisas ve Tababet	31
Diğer	56
Toplam:	3.578

NOT: Kalan 24 dava yetki ve dilekçe ret olanlar.

İhale İşleri	3
Ihtisas İşlemleri	2
Diğer	8
TOPLAM:	360

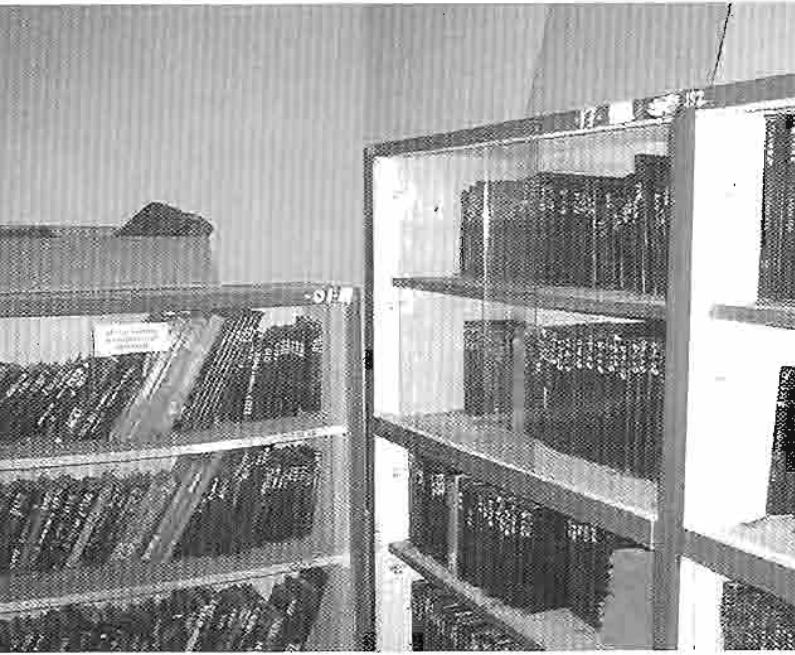
2005 yılı içerisinde, Başkanlığımıza intikal eden 1601 adet ihbar ve şikayet konusundan 683'ü incelenmek ve gerekiyorsa soruşturma yapılmak üzere Bakanlığımız müfettişlerine, 918'i ise mahallen incelenmek üzere valiliklere gönderilerek işleme konulmuştur.

Bakanlığımız müfettişlerince yapılan inceleme ve soruşturmalar sonucunda 460 şikayet konusu ile ilgili incelemeler tamamlanmıştır.

Teftiş Kurulu Tüzüğü'nün 5/a, 6/c ve Yönetmeliğinin 6/a, 7/d ile 44. maddeleri hükmü gereği hazırlanan program dahilinde 2005 yılı içerisinde 26 ilde bulunan sağlık kurum ve kuruluşlarının genel denetimi tamamlanmıştır.

Ayrıca, yine program gereği 2005 yılında, ilaç üretim yerleri, tıbbi ve cerrahi malzeme üretim yerleri, hammadde üretim yerleri ile medikal gaz üretim/dolum tesislerinin yürürlükte olan mevzuat doğrultusunda genel denetimine başlanılmış, denetimi tamamlanan yerlerle ilgili raporlar ilgili birimlere intikal ettirilmiştir. Samsun, Trabzon, Elazığ, Konya, Malatya, Sivas ve Erzurum illerinde bulunan ilaç üretim yerleri, tıbbi ve cerrahi malzeme üretim yerleri, hammadde üretim yerleri ile medikal gaz üretim/dolum tesislerinin denetimi halen devam etmektedir.

Ankara, İstanbul ve İzmir illerinde bulunan 2003-2004 yıllarında genel denetimi yapılamayan sağlık kurum ve kuruluşları ile ilgili genel denetim program çabşmaları devam etmektedir.

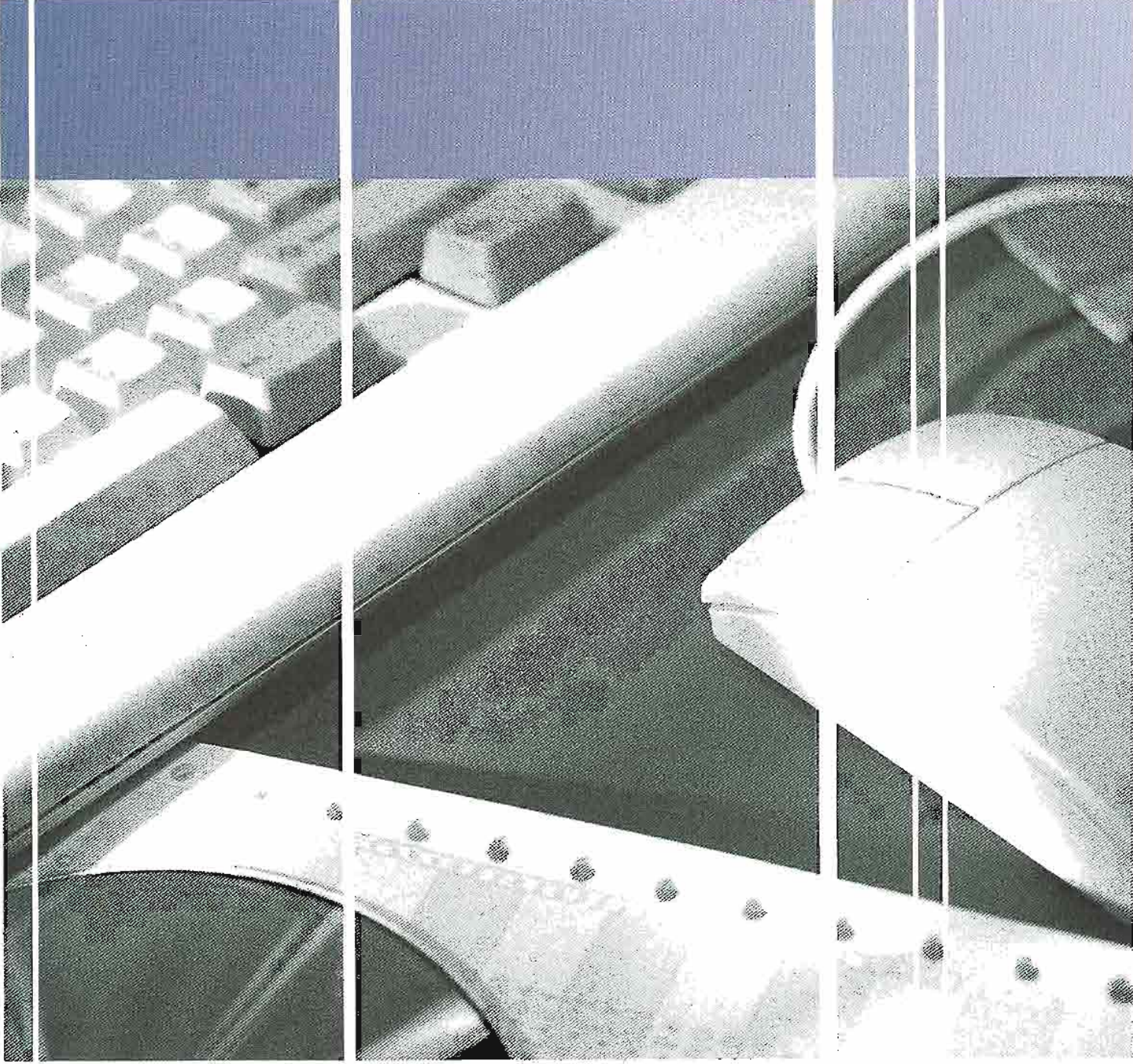


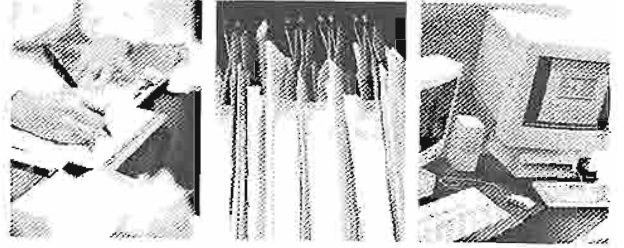
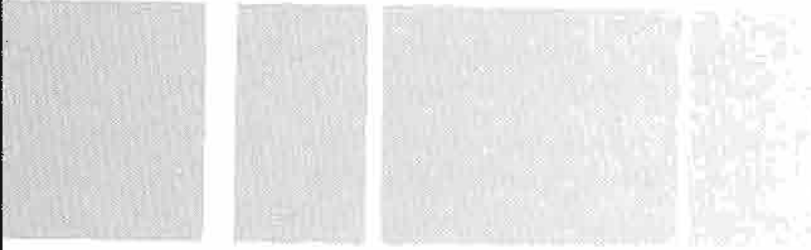
01.01.2005-31.12.2005 Tarihleri Arası SSK'dan Devredilen Davaların Konularına Göre Dağılımı

Davanın konusu:	Sayısı:
Atama ve Nakil	78
Mali Özlük ve Sosyal Haklar	137
Disiplin Cezaları	112
Tam Yargı Davaları	17

Bununla birlikte, yurtdışında üretilen çeşitli ilaçlar için ithal ruhsat talebinde bulunan firmalarının talepleri doğrultusunda (Hindistan, Arjantin ve Güney Kore) ilaç üretim yerlerinin denetimi yapılarak raporları ilgili birimlere intikal ettirilmiş olup, diğer bazı ülke ilaç üretim yerlerinin denetimi ile ilgili çalışmalar ise devam etmektedir.

Proje Yönetim Destek Birimi





2005 yılı içerisinde, Proje Yönetim Destek Birimi, 28 Temmuz 2004 tarihinde etkin hale gelen "Sağlıkta Dönüşüm Programına Destek Sağlıkta Dönüşüm Projesi" kapsamında, Sağlık Bakanlığı ilgili birimlerinin yürüttüğü uygulamaların koordinasyonunu, hizmet saun almalarını ve saun alınan hizmetlerin ödemelerini yapmış ve bu aktivitelerin amacına uygunluğunun izlenmesi ve değerlendirilmesi görevini yürütmüştür.

Sağlıkta Dönüşüm Projesi ile;

- A. Etkili yönetim için Sağlık Bakanlığının yeniden yapılandırılması,
- B. Sağlık Sigorta Fonu ile Genel Sağlık Sigortası (GSS) için yeni kurumsal temel kurulması,
- C. Sağlık hizmetleri sunumunun yeniden organizasyonu,
- D. İnsan kaynakları kapasitesinin güçlendirilmesi,
- E. Sağlık ve sosyal güvenlik için bilgi yapısının oluşturulması, hedeflenmektedir.

2005'te Sağlıkta Dönüşüm Projesi Kapsamında Gerçekleştirilen Faaliyetler

A. Etkili Yönetim için SB'nin Yeniden Yapılandırılması

A.1. Araştırma Planlama Koordinasyon Dairesi Baş-

kanlığı, müsteşar yardımcıları, üst yönetim ve ilgili teknik çalışma grubu tarafından yürütülen "Sağlık Bakanlığının Yeniden Yapılandırılması" için;

Hizmet sunumundan ziyade sağlık politikalarını oluşturacak, kapasite oluşturma açısından sektöre yol gösterecek ve denetleyecek bir bakanlık teşkilat yapısı tanımlama çalışmaları yürütülmüş, taslak teşkilat şeması ve kanun tasarısı taslağı hazırlanmıştır. Bir yandan da mevcut sağlık sistemi içinde sağlıkta dönüşümde basamak teşkil edecek bir dizi mevzuat çalışması yürütülmüştür.

27.9.2005 - 28.9.2005 tarihlerinde, Bakanlık ilgili birimlerinden 15 kişiye "Strateji Yönetim Eğitimi" verilmiştir.

A.2. İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü, Refik Saydam Enstitüsü, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, AB Koordinasyon Dairesi Başkanlığı ve ilgili teknik çalışma grubu tarafından yürütülen "Ulusal İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumunun (UITCK) Kurulması" için;

UITCK'nun yeni yapılanma içindeki yeri, mevcut durum, sorunlar ve çözüm önerilerini içeren bir kavram notu, yeni organizasyon şeması, kadro cetveli ve "Türkiye İlaç Kurumunun Kuruluş ve Görevleri Hakkında Kanun" tasarısı taslak olarak hazırlanmıştır.

Değişim aşamasında İlaç Eczacılık Genel Müdürlüğü tarafından yeni yapılanma ile ilgili ve Avrupa Birliğine uyum çerçevesinde yapılan incelemeleri içeren bir doküman geliştirilmiştir.

Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'nun kurulması sürecindeki eğitim ihtiyacını karşılamak için yurtdışı kısa süreli eğitim aktivitelerine katılmaları sağlanmıştır.

A.3. Kalite Koordinatörlüğü, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Refik Saydam Enstitüsü, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve ilgili teknik çalışma grubu tarafından yürütülen "Sağlık Tesislerinin Kalite Güvencesi ve Akreditasyonu" hedefi çerçevesinde;

Bakanlığımız ulusal sağlık akreditasyon sisteminin yapılanması konusunda dünyanın önde gelen akreditasyon kuruluşu Joint Commission International (JCI) ile iş birliği anlaşması imzalamıştır.

Ulusal Sağlık Akreditasyon Sistemi'nin yapılandırılmasında tüm sektör temsilcilerinin bu süreç içerisinde yer alması için, sektör temsilcilerinin de katılımıyla Yönlendirme Komitesi, Politika-Metot ve Organizasyon-Kaynaklar Çalışma Grupları oluşturulmuştur.

"Sağlık Bakanlığı Kurumsal Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi" hazırlanmıştır.

Kalite Koordinasyon Birimince yürütülen Ulusal Sağlık Akreditasyon Sistemi'nin yapılandırılması süreci ile ilgili konsept notu geliştirilmiştir.

Ulusal Sağlık Akreditasyon Kurumu'nun (USAK) misyon, vizyon, hedef, görev yetki ve sorumlulukları tanımlanmış ve organizasyon yapısının taslağı oluşturulmuştur.

Hastane kalite standartları konulu rehberler yayınlanmıştır.

Joint Commission International'ın yazdığı hastane standartları hakkındaki bir kitap tercüme edilmiş ve 2000 adet Türkiye'deki hastanelere dağıtılmıştır.

Hastane akreditasyonu ile ilgili eğitim Kasım 2005'te 600 kişinin katılımıyla gerçekleştirilmiştir.

RSHMB'nin yeniden yapılanması ile ilgili taslak şema geliştirilmiştir.

SB'nin yeniden yapılanmasına paralel olarak RSHMB'nin de yeniden yapılanması ile ilgili yeni bir yönetim modeli oluşturulması için uluslararası benzer kuruluşları incelemek amacıyla İsveç ve Finlandiya Halk Sağlığı Enstitülerine, Hollanda Aşı Serum Enstitüsü (NIV)'e ve Küba Aşı Serum Enstitüsü'ne inceleme gezisi yapılmıştır.

A.4. Sağlık Bakanlığı izleme değerlendirme birimi, üst yönetim, müsteşar yardımcıları, genel müdürler, APK, PYDB yöneticisi ve teknik çalışma grubu tarafından yürütülen "İzleme ve Değerlendirme Kapasitesinin Kurulması" hedefi çerçevesinde;

izleme ve değerlendirme kapasitesinin geliştirilmesine yönelik olarak DSÖ ile yapılan anlaşma çerçevesinde 27 Mayıs 2005'te DSÖ yetkilileri ve Proje Yönetim Destek Birimi Direktörü'nün katılımı ile bir toplantı yapılmıştır.

Ulusal İstişare Kurulu kurulmuştur.

Sağlıkta Dönüşüm Projesi faaliyetlerinin, izleme-değerlendirilmesini gerçekleştirmek üzere ve değişmesi planlanan Bakanlık teşkilat yapısının izleme değerlendirme biriminin temelini oluşturmak amacıyla 15.8.2005 tarihinde Sağlık Bakanlığı izleme ve değerlendirme birimi kurulmuştur.

Sağlık Bakanlığı ile perifer arasında, hizmet sunumunun işleyişini düzenlemek amacıyla saha koordinatörlerinin görevlendirilmesi düzenlenmiştir.

Kamuda Yeniden Yapılanmada Sağlık Sisteminin İzlenmesi, Değerlendirilmesi ve Performans Yönetimi Çalıştayı, 26-27.9.2005 tarihlerinde 68 kişinin katılımı ile Kızılcahamam/Ankara'da APK Başkanlığınca gerçekleştirilmiştir. Toplantı'nın bir çıktısı olarak kurumlararası koordinasyon grubu kurulmuş ve görev tanımı belirlenmiştir.

İl sağlık Müdürleri ve hastane yöneticileri için kapasite oluşturma eğitimleri çalıştayı 10-16 Ekim 2005 tarihlerinde 81 ilin sağlık müdürü ve hastane yöneticilerinin katılımı ile yapılmıştır.

B. Sağlık Sigorta Fonu ile Genel Sağlık Sigortası (GSS) için Yeni Kurumsal Temelin Kurulması,

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ve ilgili teknik çalışma grubu tarafından yürütülmektedir. Bu hedef çerçevesinde;

ÇSGB teknik çalışma guruplarınca Genel Sağlık Sigortası, Emeklilik Sigortası ve Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu Tasarı taslakları hazırlanarak kamuoyunun değerlendirmesine sunulmuştur.

Sosyal Güvenlik Reformu ile birlikte değişecek sosyal güvenlik sisteminin tasarımı yapılmış ve Genel Sağlık Sigortası Uygulama Planı ve Projesi hazırlanmıştır.

Mevcut sosyal güvenlik kurumlarının yeni oluşturulacak Sosyal Güvenlik Kurumuna entegrasyonunu gerçekleştirmeye yönelik olarak Kurumsal Dönüşüm Uygulama Planı ile Projesi hazırlanmıştır.

C. Sağlık Hizmetleri Sunumunun Yeniden Organizasyonu

C.1. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve ilgili teknik çalışma grubu tarafından yürütülen "Temel Sağlık

Hizmetleri için Aile Hekimliğinin Getirilmesi" hedefi çerçevesinde:

Sağlık Bakanlığı tarafından, 24.11.2004 tarihli ve 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun'un 8'inci maddesinin birinci fıkrasına dayanılarak hazırlanan Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik, 6.7.2005 tarih ve 25867 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir.

Aile Hekimliğinin çalışmalarının sürdürülebilmesi ve pilot çalışmaların yapılabilmesi amacıyla Sağlık Personeli Ücret Yönetmeliği, 12 Ağustos 2005 tarihinde Resmî Gazete'de yayımlanmıştır.

Düzce ilinde, Bilgi İşlem Daire Başkanlığı tarafından profesyonel bir yazılım firmasına yazdırılan Aile Hekimlerinin (AH) kullanacağı programın test çalışmaları Haziran 2005'te 70 noktada başlatılmıştır ve hali hazırda Aile Hekimlerinde kullanılmaktadır.

Aile Hekimliği uygulamasında görev alacak pratisyen hekimler için "kısa süreli uyum eğitimi" müfredatı hazırlanmış ve pre-pilot uygulamanın yapıldığı Düzce ilinde görev yapan hekimlere 10 günlük Aile Hekimliği temel eğitimi verilmiştir.

Aile Hekimleri gibi aile sağlığı elemanları da belirli bir sertifikasyon eğitimine tabi tutulması amacıyla müfredat hazırlanmıştır ve Düzce ili için, Eylül 2005'te proje kaynakları ile 60, toplam 120 hemşireye eğitim verilmiştir.

Aile Hekimliği Sisteminin pre-pilot uygulaması, birinci il olan Düzce'de 15 Eylül 2005'te başlatılmıştır.

"Aile Hekimliğinin Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlığı Merkezlerinin Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge hazırlanmıştır.

C.2. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve ilgili teknik çalışma grubu tarafından yürütülen "Devlet Hastanelerinin Özerkleştirilmesi" hedefi çerçevesinde;



Hastanelerin özerkleşmesi ile ilgili kavram notu hazırlanmıştır.

Hastanelerin özerkleşmesi ile ilgili kanun tasarı taslağı hazırlanmıştır.

Kamu hastanelerinin özerkleştirilmesine esas oluşturacak model ve kriterlerin belirlenmesi konulu, çeşitli kamu kuruluşlarındaki uzmanlar ile Dünya Bankası temsilcilerden oluşan toplam 70 kişinin katılımı ile 25-26 Temmuz 2005'te Niğde/Kapadokya'da bir çalıştay düzenlenmiştir.

C.3. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve ilgili teknik çalışma grubu tarafından yürütülen "Etkili Sevk Sisteminin Geliştirilmesi" hedefi ile ilgili gelişme olabilmesi için "Temel Sağlık Hizmetleri için Aile Hekimliğinin Getirilmesi" ve "Devlet Hastanelerinin Özerkleştirilmesi" hedeflerinde ilerleme kaydedilmesi gerekmektedir.

C.4. Refik Saydam Hıfzıssıhha Mektebi, Proje Yönetim Destek Birimi, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Eğitim Genel Müdürlüğü, Hazine Müsteşarlığı ve ilgili teknik çalışma grubu tarafından yürütülen "Toplum Sağlığını Güçlendirme" hedefi çerçevesinde;

Toplum sağlığı fonunun uygulayıcı birimi olarak Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü görevlendirilmiştir.

Toplum Sağlığı Fonu (Hibesi) Uygulama Kılavuzu hazırlanmıştır.

Hazırlanan web sayfası ve gazete ilanı ile toplum sağlığı fonu (Hibesi) uygulama kılavuzu, sivil toplum örgütlerine duyurulmuştur.

362 hibe başvurusu olmuştur. Bunlardan en iyi 15-20 tanesi seçilerek süreç tamamlanacaktır.

D. İnsan Kaynakları Kapasitesinin Güçlendirilmesi

D.1. Personel Genel Müdürlüğü, Sağlık Eğitim Genel Müdürlüğü ve ilgili teknik çalışma grubu tarafından yürütülen "Sağlık ve Sosyal Güvenlik İş Politikası ve Planlaması" hedefi çerçevesinde;

Sağlık Bakanlığı ilgili birimlerinden ve Çalışma Sosyal Güvenlik Bakanlığı-Proje Uygulama Birimi'nden oluşan bir çalışma grubu kurulmuştur.

Konsept notu, yol haritası ve satın alma planları geliştirilmiş ancak iki kez revizyona uğramıştır.

İnsan Kaynakları Planlaması ve Modellemesi sürecinde, 19 Şubat 2005 itibarıyla SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığına devri ile ortaya çıkan yeni durum nedeniyle SB'na devredilen sağlık kurumlarının personel dağılımlarına ilişkin çalışma yürütülmüştür.

"İnsan Kaynakları Planlaması ve Modellemesi" ve "Ruhsatlandırma ve Revalidasyon Sisteminin Geliştirilmesi" başlıklarının daha kolay anlaşılabilir ve

yürütülebilir olmaları açısından detaylandırma çalışması yapılmıştır.

D.2. Hıfzıssıhha Mektebi ve ilgili teknik çalışma grubu tarafından yürütülen "Halk Sağlığı Okulunun Güçlendirilmesi" hedefi çerçevesinde;

Hıfzıssıhha Mektebi'nin yol haritası ve detaylı etkinlik planı hazırlanmıştır.

Ulusal Sağlık Hesapları Yaygınlaştırma Çalıştayı: USH Sempozyumuna Mektepten iki kişi katılmıştır.

Flagship Programı plan ve tabloları hazırlanmıştır ve 2006 yılı itibarıyla Flagship eğitimlerine Türkiye'de başlanacaktır.

Sağlık Sektörü Reformu ve Sürdürülebilir Finansman Programı (Flagship Programı) ile ilgili çalışmalardan ilki olan, 28-30 Haziran 2005 tarihinde Kızılcıhamam/Ankara'da "Üst Düzey Politikacılara Yönelik Politika Semineri" gerçekleştirilmiştir.

"Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarına Yönelik Okul Çağı Çocuk Sağlığına Yaklaşım Pratik Rehber El Kitabı" Çalıştayı, 3-7 Ekim 2005 tarihleri arasında Ankara'da gerçekleştirilmiştir.

Ulusal Sağlık Hesapları Yaygınlaştırma Çalıştayı: USH çalışması sırasında gerçekleştirilen kurumlararası işbirliğini güçlendirecek, konuyla ilgili yeni bilgilerin paylaşılmasını sağlayacak kurumlararası yaklaşık 90 kişilik katılımı (Sağlık Bakanlığı, OECD, EUROSTAT, WHO, Dünya Bankası, Ermenistan USH yapan ekip, Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Hazine Müsteşarlığı ve Devlet Planlama Teşkilatı, üniversiteler ve NGO vs.) sağlık hizmetlerini geliştirmeye ve iyileştirmeye yönelik planlamalarda kaynak olarak kullanılabilmesi amacıyla, 25 - 27 Ekim 2005 tarihleri arasında Ankara ilinde 3 günlük çalıştay düzenlenmiştir.

Akılcı İlaç Kullanımı: Rehber geliştirme çalışmaları yürütülmüştür.

Birinci Basamağa Yönelik Zehirlenmeler Tanı Tedavi Rehberleri Geliştirme Toplantısı, Ankara'da, 3-7 Ekim 2005 tarihleri arasında düzenlenmiştir. Toplantı sonucunda 36 adet taslak rehber geliştirilmiştir.

Toplum Sağlığı kapsamında 7-11 Kasım 2005 tarihleri arasında Hıfzıssıhha Mektebi'nde kapasite oluşturmak amacıyla Kopenhag'da bulunan WHO Avrupa Bölge Ofisi'ndeki eğitim programına katılım sağlanmıştır.

E. Sağlık ve Sosyal Güvenlik için Bilgi Yapısının Oluşturulması

E.1. Sağlık Bakanlığı Bilgi İşlem Daire Başkanlığı ve ilgili teknik çalışma grubu tarafından yürütülen "Sağlık Bilgi Sisteminin Kurulması" hedefi çerçevesinde;

Ulusal Sağlık Bilgi Sisteminin Temini ve Kurulması projesinin ihale dokümanı hazırlanmıştır.

ICD-10 Türkçe versiyonunun iyileştirmesine yönelik bir hizmet satın alınmıştır.

Ulusal Tıp Bilişimi Kongresine katılım sağlanmıştır.

E.2. ÇSGB Bilgi Sistemleri ve Teknoloji Genel Müdürlüğü ve ilgili teknik çalışma grubu tarafından yürütülen "Sosyal Güvenlik Bilgi Sisteminin Oluşturulması" hedefi çerçevesinde;

Sosyal güvenlik bilişim sisteminin alt yapısının oluşturulması için sürekli bir çalışma grubu kurulmuştur.

IT Master Plan hazırlanmıştır.

Mevzuat alışmaları



Kanun

- 1) 5283 sayılı Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun, (Tarih: 19.01.2005 - Sayı: 25705)
- 2) 5334 Sayılı Kozmetik Kanunu, (Tarih: 30.03.2005 - Sayı: 25771)
- 3) Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun, Devlet Memurları Kanunu ve Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun ile Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararıyla Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, (Tarih: 05.07.2005 - Sayı: 25866)
- 4) Sağlık Hizmetleri Temel Kanuna Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Kanun, (Tarih: 15.07.2005 - Sayı: 25876)
- 5) Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararıyla Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun, (Tarih: 01.11.2005 - Sayı: 25983)
- 6) Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ve Sağlık Bakanlığının Tesvili ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararıyla Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun, (Tarih: 01.11.2005-Sayı: 25983)

Kanun Hükmünde Kararname

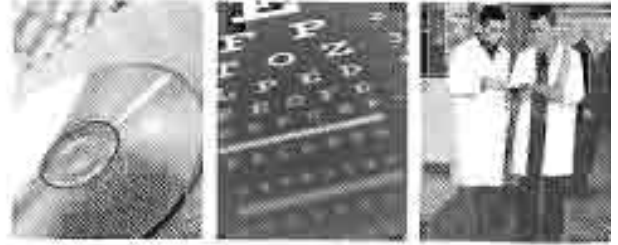
- 1) 5283 Sayılı Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun Çerçevesinde Yapılan Kadro İşlemleri Hakkında Karar, (Tarih: 05.03.2005 - Sayı: 25746)
- 2) 4736 Sayılı Kanunun Birinci Maddesinin Birinci Fıkrası Hükmünden Muaf Tutulacakların Tespitine Dair 2002/3654 Sa-

yılı Kararnameinin Eki Kararda Değişiklik Yapılmasına İlişkin Karar, (Tarih: 05.05.2005 - Sayı: 25806)

- 3) Bazı Kadroların 190 Sayılı Genel Kadro ve Usulü Hakkında Kanun Hükmünde Kararnameinin Eki (1) Sayılı Cetvelin İlgili Kurum ve Kuruluşlara İlişkin Bölümlerinden İptal Edilerek Çıkarılması ve Bazı Kadroların Aynı Cetvelin Sağlık Bakanlığına İlişkin Bölümüne Eklenmesi Hakkında Karar, (Tarih: 07.05.2005 - Sayı: 25808)
- 4) 5283 sayılı Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun Çerçevesinde Sağlık Bakanlığında Devredilen Sağlık Birimlerinde Geçici Mahiyette İşleri Yürütmek Üzere Geçici Personel İstihdamı ve Bu Personele Ödenecek Ücretler Hakkında Karar, (Tarih: 02.07.2005 - Sayı: 25863)
- 5) 4736 Sayılı Kanunun Birinci Maddesinin Birinci Fıkrası Hükmünden Muaf Tutulacakların Tespitine Dair 2002/3654 Sayılı Kararnameinin Eki Kararda Değişiklik Yapılmasına İlişkin Karar, (Tarih: 03.09.2005 - Sayı: 25924)

Yönetmelik

- 1) Beseri Tıbbi Ürünler Ruhsatlandırma Yönetmeliği, (RG Tarihi: 19.01.2005 - RG Sayısı: 25705)
- 2) Akupunktur Tedavisi Uygulanan Özel Sağlık Kuruluşları ile bu Tedavinin Uygulanması Hakkında Yönetmelikle Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, (RG Tarihi: 11.01.2005 - RG Sayısı: 25697)
- 3) Halk Sağlığı Alanında Hastanelere Karşı İlaçlama Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik, (RG Tarihi: 27.01.2005 - RG Sayısı: 25709)
- 4) Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Yarak ve Kadro Standartları Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, (RG Tarihi: 05.02.2005 - RG Sayısı: 25718)



- 5) Beşeri Tıbbi Ürünlerin Sınıflandırılmasına Dair Yönetmelik (RG Tarihi: 17.02.2005 – RG Sayısı: 25730)
- 6) Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik (TS) (RG Tarihi: 10.03.2005 – RG Sayısı: 25751)
- 7) Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkındaki Yönetmelik (TH) (RG Tarihi: 18.03.2005 – RG Sayısı: 23290)
- 8) Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Daire Başkanlığı tarafından, Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliğine Dair Yönetmelik (TH) (RG Tarihi: 07.03.2005 – RG Sayısı: 25748)
- 9) Beşeri Tıbbi Ürünlerin Güvenliğinin İzlenmesi ve Değerlendirilmesi Hakkında Yönetmelik (Farmakovilijans) (RG Tarihi: 22.03.2005 – RG Sayısı: 25763)
- 10) Sağlık Bakanlığı Atama ve Nakil Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (RG Tarihi: 25.03.2005 – RG Sayısı: 25766)
- 11) Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Devlet Tarafından Karşlanması ve Yeşil Kart Uygulanması Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (RG Tarihi: 31.03.2005 – RG Sayısı: 25772)
- 12) Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Devlet Tarafından Karşlanması ve Yeşil Kart Uygulanması Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (RG Tarihi: 09.04.2005 – RG Sayısı: 25781)
- 13) Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (RG Tarihi: 05.05.2005 – RG Sayısı: 25806)
- 14) Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelik (RG Tarihi: 08.05.2005 – RG Sayısı: 25809)
- 15) Sahil Sağlık Denetleme Merkezlerinde Uygulanacak Sağlık İşlemlerine İlişkin Yönetmelik (RG Tarihi: 13.05.2005 – RG Sayısı: 25814)
- 16) Kozmetik Yönetmeliği (RG Tarihi: 23.05.2005 – RG Sayısı: 25823)
- 17) Ruhsatlandırılmış veya Ruhsatlandırma Başvurusu Yapılmış Beşeri Tıbbi Ürünlerdeki Değişikliklere Dair Yönetmelik (RG Tarihi: 23.05.2005 – RG Sayısı: 25823)
- 18) Gözlükçülük Ruhsatnamesi Verilmesi İçin Gerçekleştirilecek Kurs ve Sınav Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (RG Tarihi: 08.06.2005 – RG Sayısı: 25839)
- 19) Beşeri Tıbbi Ürünler Ruhsatlandırma Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (RG Tarihi: 11.06.2005 – RG Sayısı: 25842)
- 20) Beşeri Tıbbi Ürünler Ruhsatlandırma Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (RG Tarihi: 28.06.2005 – RG Sayısı: 25859)
- 21) Ruhsatlandırılmış veya Ruhsatlandırma Başvurusu Yapılmış Beşeri Tıbbi Ürünlerdeki Değişikliklere Dair Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (RG Tarihi: 28.06.2005 – RG Sayısı: 25859)
- 22) Kordon Kanı Bankacılığı Yönetmeliği (RG Tarihi: 05.07.2005 – RG Sayısı: 25866)
- 23) Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik (RG Tarihi: 05.07.2005 – RG Sayısı: 25867)
- 24) Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü Personeli Görevde Yükselme ve Unvan Değişikliği Yönetmeliği (RG Tarihi: 06.07.2005 – RG Sayısı: 25867)
- 25) -Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (RG Tarihi: 08.07.2005 – RG Sayısı: 25869)
- 26) Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği (RG Tarihi: 11.08.2005 – RG Sayısı: 25903)
- 27) Beşeri Tıbbi Ürünler Ambalaj ve Etiketleme Yönetmeliği (RG Tarihi: 12.08.2005 – RG Sayısı: 25904)
- 28) Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çahştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik (RG Tarihi: 12.08.2005 – RG Sayısı: 25904)
- 29) Seyir Halindeki Gemilerde Daha İyi Tıbbi Hizmet Verilmesi İçin Gerekli Asgari Sağlık ve Güvenlik Koşulları Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (RG Tarihi: 20.08.2005 – RG Sayısı: 25912)
- 30) Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Açıkta Kura ile Atanacak Bazı Sağlık Personelinin Atama Esas ve Usullerine İlişkin Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (RG Tarihi: 08.09.2005 – RG Sayısı: 25930)
- 31) Halk Sağlığı Alanında Haşerelere Karşı İlaçlama Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (RG Tarihi: 15.10.2005 – RG Sayısı: 25967)

32) Sağlık Bakanlığı Atama ve Nakil Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik
(RG Tarihi: 21.10.2005 – RG Sayısı: 25973)

33) Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Personeli Görevde Yükselme ve Unvan Değişikliği Yönetmeliği
(RG Tarihi: 30.10.2005 – RG Sayısı: 25981)

34) Dış Protez Laboratuvarları Yönetmeliği
(RG Tarihi: 07.12.2005 – RG Sayısı: 26016)

35) Sağlık Bakanlığı Disiplin Amirleri Yönetmeliği
(RG Tarihi: 10.12.2005 – RG Sayısı: 26019)

36) Sağlık Bakanlığı Sicil Amirleri Yönetmeliği
(RG Tarihi: 10.12.2005 – RG Sayısı: 26019)

37) Tababet Uzmanlık Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik
(RG Tarihi: 31.12.2005 – RG Sayısı:)

Yönerge

1) Sağlık Bakanlığına Bağlı Birinci, İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Kurumlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönerge”
(Tarih: 01.02.2005 Makam Onay Sayısı :349)

2) “Sağlık Bakanlığı Döner Sermaye Merkez Saymanlığına Aktarılan Merkez Payından Sözleşmeli Uzman Tabip ve Tabiplere Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönerge”
(Tarih: 01.02.2005 Makam Onay Sayısı :349)

3) Ulusal Verem Danışma Kurulu yönergesi
(Tarih: 23.12.2005 Makam Onay Sayısı :349)

Tebliğ

1) Beşeri Tıbbi Ürünlerde Kullanılan Renklendiricilerle İlgili Tebliğ
(RG Tarihi:18.01.2005 - RG Sayısı: 25704)

2) Kurum Tabipliklerinin Standardına Dair Tebliğ
(RG Tarihi:10.02.2005 - RG Sayısı: 25723)

3) Kurum Tabipliklerinin Standardına Dair Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ
(RG Tarihi:19.02.2005 -RG Sayısı: 25732)

4) Beşeri Tıbbi Ürünlerin Fiyatları Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ
(RG Tarihi: 04.03.2005 - RG Sayısı: 25745)

5) Beşeri Tıbbi Ürünlerin Fiyatları Hakkında Tebliğ'de Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ
(RG Tarihi: 28.04.2005 - RG Sayısı: 25799)

6) Vücut Dışında Kullanılan Tıbbi Tanı Cihazları İçin Ortak Teknik Özellikler Tebliği
(RG Tarihi: 07.04.2005 - RG Sayısı: 25779)

7) Peloidlerin Üretimi ve Sausı Hakkında Tebliğ
(RG Tarihi: 21.04.2005 - RG Sayısı: 25793)

8) Beşeri Tıbbi Ürünlerin Fiyatları Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ
(RG Tarihi: 28.04.2005 - RG Sayısı: 25799)

9) Beşeri Tıbbi Ürünlerin Fiyatları Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ
(RG Tarihi: 18.05.2005 - RG Sayısı: 25819)

10) Kan Merkezlerinde ve İstasyonlarında Görev Yapacak Sağlık Personelinin Eğitimine ve Serüfikalandırılmasına Dair Tebliğ
(RG Tarihi: 04.06.2005 - RG Sayısı: 25835)

11) Kozmetik Ürün Bileşimlerinin Kontrolü İçin Gerekli Analiz Yöntemleri Hakkında 1,2,3,4,5,6,7 No'lu Tebliğ'ler
(RG Tarihi: 01.07.2005 - RG Sayısı: 25862)

12) Deterjan, Mekanik Temizleme Tozu, Çamaşır Sularından Numune Alınırken Uyulacak Kurallar ile Numune Alma İşlemlerine İlişkin Hususların Belirlenmesine Dair Tebliğ
(RG Tarihi: 12.09.2005 - RG Sayısı: 25934)

13) Deterjanların Bildirim Esaslarının Belirlenmesine Dair Tebliğ
(RG Tarihi: 12.09.2005 - RG Sayısı: 25934)

14) Deterjanların Nitelikleri ile Ambalaj ve Etiketlerine Dair Tebliğ
(RG Tarihi: 12.09.2005 - RG Sayısı: 25934)

15) Çamaşır Suyu ve Mekanik Tozu Etiketlenmesine Dair Tebliğ
(RG Tarihi: 12.09.2005 - RG Sayısı: 25934)

16) Deterjanlarda Bulunan Anyonik, Amfolitik, Katyonik Yüzey Aktif Maddelerin Biyolojik Parçalanabilirlik Oranı ve Anyonik ile Noniyonik Yüzey Aktif Maddelerin Biyolojik Parçalanabilirlik Oranı Test Metodları Tebliği
(RG Tarihi: 12.09.2005 - RG Sayısı: 25934)

17) Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Tebliğ
(RG Tarihi: 13.09.2005 - RG Sayısı: 25935)

18) Oyuncak ve Çocuk Bakım Eşyalarındaki Phthalatlar Hakkında Tebliğ
(RG Tarihi: 20.10.2005 - RG Sayısı: 25972)

19) Kan Merkezlerinde ve İstasyonlarında Görev Yapacak Sağlık Personelinin Eğitimine ve Sertifikalandırılmasına Dair Tebliğ'de Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ (RG Tarihi: 09.11.2005 - RG Sayısı: 25988)

Genelgeler

1. Kurban Hizmetleri (TS)

Tarihi: 05.01.2005 Sayısı: 2005 / 01

2. Hasta Hakları (TH)

Tarihi: 13.01.2005 Sayısı: 2005 / 02

3. Yeşil Kart İlaç ve Eczane Uygulamaları (TH)

Tarihi: 17.01.2005 Sayısı: 2005 / 03

4. Mal Bildirimi (PGM)

Tarihi: 17.01.2005 Sayısı: 2005 / 04

5. Genel Evrak Müdürlüğünün Mevzuatları ve Görevleri (IMİD)

Tarihi: 18.01.2005 Sayısı: 2005 / 05

6. Hizmet Kusuru (TH)

Tarihi: 18.01.2005 Sayısı: 2005 / 06

7. İl Ambulans Servisi Çalışma Yönergesi (TS)

Tarihi: 18.01.2005 Sayısı: 2005 / 07

8. Sağlık Kurumlarının Devri (APK)

Tarihi: 25.01.2005 Sayısı: 2005 / 08

9. Portör Muayenelerine Esas Laboratuvar Tetkikleri (TS)

Tarihi: Sayısı: 2005 / 09

10. Kontrole Tabi İlaçlar (İE)

Tarihi: 27.01.2005 Sayısı: 2005 / 10

11. Özel Güvenlik Hizmetleri (SS)

Tarihi: 28.01.2005 Sayısı: 2005 / 11

12. Sağlık Raporları (TH)

Tarihi: 28.01.2005 Sayısı: 2005 / 12

13. İleri Tetkik İçin Özel Sağlık Kuruluşuna Yapılacak Sevkler (TH)

Tarihi: 31.01.2005 Sayısı: 2005 / 13

14. Yeşil Kart İlaç ve Eczane Uygulamaları (TH)

Tarihi: 01.02.2005 Sayısı: 2005 / 14

15. Okul Sağlığı Hizmetleri (TS)

Tarihi: 01.02.2005 Sayısı: 2005 / 15

16. Ek ödeme Yönergeleri (APK)

Tarihi: 02.02.2005 Sayısı: 2005 / 16

17. SSK Hastaneleri Devrinde görevli Koordinatörler (TH)

Tarihi: 07.02.2005 Sayısı: 2005 / 17

18. Sağlık Birimlerinin Bakanlığımıza Devrinde Dikkate alınacak hususlar (TH)

Tarihi: 08.02.2005 Sayısı: 2005 / 18

19. %4 Merkez Payı (APK)

Tarihi: 08.02.2005 Sayısı: 2005 / 18

20. Olay Bildirim Formu (APK)

Tarihi: 08.02.2005 Sayısı: 2005 / 20

21. UMKE / NBC Altı Timleri (APK)

Tarihi: 08.02.2005 Sayısı: 2005 / 21

22. Yeşil Kart Kapsamı Dışında kalan Sağlık Giderleri (TH)

Tarihi: 08.02.2005 Sayısı: 2005 / 22

23. Bakanlığımıza Devredilecek Sağlık Birimlerinin Bilgi Sistemleri (BİDB)

Tarihi: 09.02.2005 Sayısı: 2005 / 23

24. Sözleşmeli Personel Yönergesi (APK)

Tarihi: 09.02.2005 Sayısı: 2005 / 24

25. Kurum Tabiplikleri (TSH)

Tarihi: 11.02.2005 Sayısı: 2005 / 25

26. Bakanlığımıza Devredilecek Sağlık Birimlerinin Bilgi Sistemleri (BİDB)

Tarihi: 11.02.2005 Sayısı: 2005 / 26

27. Sağlık Birimlerinin Bakanlığa Devri (TH)

Tarihi: 20.02.2005 Sayısı: 2005 / 27

28. Kurum Tabiplikleri (TSH)

Tarihi: 21.02.2005 Sayısı: 2005 / 28

29. Döner Sermaye Kaynaklarından Yapılacak Olan İhalelerde Uyulması Gereken usul ve esaslar (APK)

Tarihi: 22.02.2005 Sayısı: 2005 / 29

30. Ambulans Hizmetleri Koordinasyonu (TSH)

Tarihi: 22.02.2005 Sayısı: 2005 / 30

31. 1-7 Nisan Kansere Haftası (KS)

Tarihi: 23.02.2005 Sayısı: 2005 / 31

32. Sağlık Bakanlığı – Sosyal Sigortalar Kurumu Sağlık Hizmetleri Protokolü (TH)

Tarihi: 25.02.2005 Sayısı: 2005 / 32

33. Bakanlığımıza Devredilen hastaneler ve Tüm Semt Polikliniklerinin Bilgi Sistemleri Güvenliğinin yapılandırılması ile Provizyon İşlemleri(BIDB)
Tarihi: 25.02.2005 Sayısı:2005 / 33
34. Stok Takip Birimleri (APK)
Tarihi: 01.03.2005 Sayısı: 2005 / 34
35. Muayene Katkı Payı (APK)
Tarihi: 03.03.2005 Sayısı: 2005 / 35
36. Pratisyen Hekimlerin hasta Yatırımları ve Uzman Hekim Olmayan hastanelerde Yemek Çıkarılması (TH)
Tarihi: 04.03.2005 Sayısı: 2005 / 36
37. Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge hükümleri doğrultusunda uygulama yapılması hakkında (TS)
Tarihi: 09.03.2005 Sayısı: 2005 / 37
38. Hasta Yatışı Yapılmaksızın Yapılacak Cerrahi ve Tedavi İşlemleri (TH)
Tarihi: 11.03.2005 Sayısı: 2005 / 38
39. İleri Teşhik İşlemi Gerektiren Ani Acil Haller Genelgesi Doğrultusunda İşlem Yapılması Hakkında Genelge (TH)
Tarihi: 11.03.2005 Sayısı: 2005 / 39
40. Kırım – Kongo Kanamalı Ateşi (TS)
Tarihi: 11.03.2005 Sayısı: 2005 / 40
41. Bütçe Uygulama Talimatı (SE)
Tarihi: 11.03.2005 Sayısı: 2005 / 41
42. Bütçe Uygulama Talimatı (SE)
Tarihi: 11.03.2005 Sayısı: 2005 / 42
43. Personel Bilgi sistemi (PGM)
Tarihi: 14.03.2005 Sayısı: 2005 / 43
44. Başasistanlık atama ve Nakilleri İle İlgili İş ve İşlemler (SEG)
Tarihi:15.03.2005 Sayısı: 2005 / 44
45. Fiyat Tarifesi (TH)
Tarihi: 17.03.2005 Sayısı: 2005 / 45
46. Tıbbi Anklar (TH)
Tarihi: 18.03.2005 Sayısı: 2005 / 46
47. Temizlik İşçileri (TH)
Tarihi: 18.03.2005 Sayısı: 2005 / 47
48. Afetlerde Sağlık Hizmetleri Birimi (APK)
Tarihi: 21.03.2005 Sayısı: 2005 / 48
49. İhtisas İşleri (SE)
Tarihi: 21.03.2005 Sayısı: 2005 / 49
50. Kurumsal Performans yönergesi (TH)
Tarihi: 22.03.2005 Sayısı: 2005 / 50
51. 7 Nisan Dünya Sağlık Günü (SE)
Tarihi: 23.03.2005 Sayısı:2005 / 51
52. Hemofili Takip Karmeleri Hakkında (IEGM)
Tarihi: 23.03.2005 Sayısı: 2005 / 52
53. Teminat Mektupları ve İpotek Belgeleri (APK)
Tarihi: 24.03.2005 Sayısı: 2005 / 53
54. Sağlığa tam Destek Kampanyası (APK)
Tarihi: 28.03.2005 Sayısı: 2005 / 54
55. Kıymet Takdir Komisyonları ve Tapu Tescil İşlemleri (APK)
Tarihi: 31.03.2005 Sayısı: 2005 / 55
56. Kontrole Tabi Kimyasal Maddeler (IEGM)
Tarihi: 31.03.2005 Sayısı:2005 / 56
57. Bakanlığımıza Bağlı Eğitim ve Dinlenme Tesislerinden (Kamplardan) Yararlanma (IMID)
Tarihi: 04.04.2005 Sayısı: 2005 / 57
58. Afetlerde Sağlık Hizmetleri Birimi (APK)
Tarihi: 04.04.2005 Sayısı: 2005 / 58
59. 2005 Yılı Satınalma – Yatırım İşlemleri (APK)
Tarihi: 07.04.2005 Sayısı: 2005 / 59
60. Kaçak İlaç (İE)
Tarihi: 07.04.2005 Sayısı: 2005 / 60
61. Tularemi (TS)
Tarihi: 07.04.2005 Sayısı: 2005 / 61
62. Hemoglobinopati Kontrol Programı (AÇSAP)
Tarihi: 08.04.2005 Sayısı: 2005 / 62
63. Satınalma İşlemleri (IMID)
Tarihi: 11.04.2005 Sayısı: 2005 / 63
64. Tüp Bebek Tedavisine İlişkin Uygulamalar (TH)
Tarihi: 11.04.2005 Sayısı:2005 / 64
65. Başbakanlık Genelgesi (TH)
Tarihi: 12.04.2005 Sayısı: 2005 / 65
66. Cerrahi Müdahale Birimlerinde Uygulanacak Cerrahi Müdahale Listesi (TS)
Tarihi: 13.04.2005 Sayısı: 2005 / 66

67. Gezici Sağlık araçları ve Ünitelerinin Çalışmaları (TH)
Tarihi: 13.04.2005 Sayısı: 2005 / 67
68. İmal izin Belgesi(İE)
Tarihi: 20.04.2005 Sayısı: 2005 / 68
69. Bağ-Kur mensuplarına tüp bebek uygulamaları (TH)
Tarihi: 22.04.2005 Sayısı: 2005 / 69
70. Döküm Hizmetlerinin Özel Dış Protez laboratuvarlarında Yapıtılması (TH)
Tarihi: 26.04.2005 Sayısı: 2005 / 70
71. Bebeklerde D vitamini yetersizliğinin önlenmesi ve kemik sağlığının korunması projesi (AÇSAP)
Tarihi: 29.04.2005 Sayısı: 2005 / 71
72. İyot haftası (AÇSAP)
Tarihi: 29.04.2005 Sayısı: 2005 / 72
73. Geçici İzin Belgesi (İE)
Tarihi:02.05.2005 Sayısı:2005 / 73
74. Hasta Hakları Uygulama Yönergesi (TH)
Tarihi: 03.05.2005 Sayısı: 2005 / 74
75. Haydi Kızlar Okula (SE)
Tarihi: 03.05.2005 Sayısı:2005 / 75
76. Devir işlemlerinde taşınmazların tespiti, ifrazları (APK)
Tarihi: 03.05.2005 Sayısı: 2005 / 76
77. Genelge (PGM)
Tarihi: 04.05.2005 Sayısı: 2005 / 77
78. Bebek Ölümü Kayı Bildirim Formu Hk. (AÇSAP)
Tarihi: 06.05.2005 Sayısı: 2005 / 78
79. Çalışma Düzeni (TH)
Tarihi: 09.05.2005 Sayısı: 2005 / 79
80. 209 sayılı kanun değişikliği Hk. (APK)
Tarihi: 10.05.2005 Sayısı: 2005 / 80
81. Yıllara Sari Hizmet Alımı (APK)
Tarihi: 10.05.2005 Sayısı: 2005 / 81
82. Fenilketonüri Gunleri (AÇSAP)
Tarihi: 11.05.2005 Sayısı: 2005 / 82
83. Tıbbi Atıklar Kontrolü
Tarihi: 13.05.2005 Sayısı: 2005 / 83
84. Y.T.K. İşletme yönetmeliği değişikliği (TH)
Tarihi: 16.05.2005 Sayısı: 2005 / 84
85. İhale Kontrol Sistemi (APK)
Tarihi: 20.05.2005 Sayısı: 2005 / 85
86. Faturalama Süreleri ve Alacaklar(APK)
Tarihi: 23.05.2005 Sayısı: 2005 / 86
87. Şarbon Antiserumu (TS)
Tarihi: 26.05.2005 Sayısı: 2005 / 87
88. İllerde Tüberküloz Kontrolü (VS)
Tarihi: 26.05.2005 Sayısı: 2005 / 88
89. İlaç Stoku (TH)
Tarihi: 01.06.2005 Sayısı: 2005 / 89
90. Sözleşmeli Personel Yönerge Değişikliği (APK)
Tarihi: 03.06.2005 Sayısı: 2005 / 90
91. Sağlık Kurumları Fiyat Tarifesi (TH)
Tarihi: 08.06.2005 Sayısı:2005 / 91
92. İlaç Etiketü (İEGM)
Tarihi: 10.06.2005 Sayısı: 2005 / 92
93. Yeşil Kart İlaç Faturaları İncelemeleri (TH)
Tarihi: 10.06.2005 Sayısı: 2005 / 93
94. Devir İşlemlerinde Taşınmazların Tespitlerindeki Tereddütler (APK)
Tarihi: 15.06.2005 Sayısı: 2005 / 94
95. Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelik (TH)
Tarihi: 15.06.2005 Sayısı: 2005 / 95
96. Mümessil Ecza depoları (İE)
Tarihi: 16.06.2005 Sayısı: 2005 / 96
97. On Line Provizyon İşlemleri (BİDB)
Tarihi: 17.06.2005 Sayısı: 2005 / 97
98. Hasta yaşı Yapılmaksızın Uygulanacak Cerrahi ve Tedavi İşlemleri (TH)
Tarihi: 20.06.2005 Sayısı: 2005 / 98
99. Tüp Bebek Tedavisine Ait Giderlerin Faturalandırılması (TH)
Tarihi: 24.06.2005 Sayısı: 2005 / 99
100. Rekombine Hakkında (İE)
Tarihi: 28.06.2005 Sayısı: 2005 / 100
101. Online Provizyon İşlemleri (BİDB)
Tarihi: 27.06.2005 Sayısı: 2005 / 101
102. Kütüphane Hizmetleri (TH)
Tarihi: 29.06.2005 Sayısı: 2005 / 102

103. Faturalandırma (TH)
Tarihi: 29.06.2005 Sayısı: 2005 / 103
104. Tablet hakkında (TH)
Tarihi: 01.07.2005 Sayısı: 2005 / 104
105. Eğitim Hastanelerinde Görevli Yabancı Uyrıklı Asistanlara Ek Ödeme Yapılması (APK)
Tarihi: 06.07.2005 Sayısı: 2005 / 105
106. Eğitici Personel Desteği
Tarihi: 07.07.2005 Sayısı: 2005 / 106
107. Tıpta Uzmanlık Sınavları (SE)
Tarihi: 11.07.2005 Sayısı: 2005 / 107
108. Döner Sermaye Gelir-Gider Cetveli (APK)
Tarihi: 12.07.2005 Sayısı: 2005 / 108
109. 2006 Yılı Halkın Sağlık Eğitim Planı (SE)
Tarihi: 13.07.2005 Sayısı: 2005 / 109
110. Yaz Dönemi Eğitim Faaliyetleri (SE)
Tarihi: 13.07.2005 Sayısı: 2005 / 110
111. Döner Sermaye Gelir Kalemlerine İlişkin Fiyat Tarifesi (APK)
Tarihi: 18.07.2005 Sayısı: 2005 / 111
112. Alacakların Takibi ve Ödenek (Avans) Talepleri (APK)
Tarihi: 18.07.2005 Sayısı: 2005 / 112
113. Kontrole Tabi İlaçlar (IE)
Tarihi: 19.07.2005 Sayısı: 2005 / 113
114. Okunaksız Yazılan Reçeteler (IE)
Tarihi: 19.07.2005 Sayısı: 2005 / 114
115. Pratisyen Hekimler Tarafından Hasta Yatırılması (TH)
Tarihi: 21.07.2005 Sayısı: 2005 / 115
116. Karne Takip Formu (IE)
Tarihi: 26.07.2005 Sayısı: 2005 / 116
117. Sigara Kullanımının Önlenmesi (KS)
Tarihi: 28.07.2005 Sayısı: 2005 / 117
118. Kontrole Tabi İlaçlar (IE)
Tarihi: 28.07.2005 Sayısı: 2005 / 118
119. Yataklı Tedavi Kurumlarında Kontrole Tabi İlaçların Takibi (IE)
Tarihi: 03.08.2005 Sayısı: 2005 / 119
120. Diş Protez Teknisyenliği Meslek Eğitimi (SE)
Tarihi: 04.08.2005 Sayısı: 2005 / 120
121. Çocuk Hastalar (TH)
Tarihi: 04.08.2005 Sayısı: 2005 / 121
122. Beyin Ölümünün Bildirimi (TH)
Tarihi: 04.08.2005 Sayısı: 2005 / 122
123. Eczanelerin Denetimi (IE)
Tarihi: 05.08.2005 Sayısı: 2005 / 123
124. Tıbbi Cihaz alımlarında yaşanan sıkıntıların ortadan kaldırılması ve kurumlarımız arasında uygulama birliğinin sağlanması amacıyla bazı açıklamalar (TH)
Tarihi: 08.08.2005 Sayısı: 2005 / 124
125. Döner Sermaye Kaynaklarından Yapılacak olan ihalelerde Uyulması gereken Usul ve Esaslar-2 (APK)
Tarihi: 08.08.2005 Sayısı: 2005 / 125
126. Yeşil Reçete (IE)
Tarihi: 10.08.2005 Sayısı: 2005 / 126
127. Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yön. (TH)
Tarihi: 19.08.2005 Sayısı: 2005 / 127
128. Klinik Araştırmalar (IE)
Tarihi: 22.08.2005 Sayısı: 2005 / 128
129. Tıbbi Cihaz Daimi Özel İhtisas Komisyonu (TH)
Tarihi: 22.08.2005 Sayısı: 2005 / 129
130. Ek Ödeme (APK)
Tarihi: 25.08.2005 Sayısı: 2005 / 130
131. Su ve Besinlerle Bulaşan Hastalıklar (SE)
Tarihi: 26.08.2005 Sayısı: 2005 / 131
132. Yeşil Kart Doğum Giderleri (TH)
Tarihi: 29.08.2005 Sayısı: 2005 / 132
133. Performans Takip Sistemi (BİDB)
Tarihi: 29.08.2005 Sayısı: 2005 / 133
134. Sabit ve İskelet Protezler (TH)
Tarihi: 01.09.2005 Sayısı: 2005 / 134
135. VHKİ Hizmet Alımı (BİDB)
Tarihi: 01.09.2005 Sayısı: 2005 / 135
136. İhalelerde Ödenek Kavramı (APK)
Tarihi: 02.09.2005 Sayısı: 2005 / 136
137. Personelin Dengeli Dağılımı (PGM)
Tarihi: 05.09.2005 Sayısı: 2005 / 137

138. 2006 Yılı Döner Sermaye Bütçesi Hazırlama Esasları (APK)
Tarihi: 05.09.2005 Sayısı: 2005 / 138
139. K Vitamini (AÇSAP)
Tarihi: 08.09.2005 Sayısı: 2005 / 139
140. Ev Halkı Tespit Fişleri (TS)
Tarihi: 12.09.2005 Sayısı: 2005 / 140
141. Embriyonik Kök hücre Araştırmaları (TH)
Tarihi: 19.09.2005 Sayısı: 2005 / 141
142. Taşınır ve taşınmaz Satın Alınması (APK)
Tarihi: 20.09.2005 Sayısı: 2005 / 142
143. Adli Tabiplik Hizmetlerinin Yürütülmesinde Uyulacak Esaslar (TS)
Tarihi: 22.09.2005 Sayısı: 2005 / 143
144. Kurumların Birbirlerine Borç Vermesi (APK)
Tarihi: 22.09.2005 Sayısı: 2005 / 144
145. Kan Temini (TH)
Tarihi: 26.09.2005 Sayısı: 2005 / 145
146. İlaç Reçeteleri (İE)
Tarihi: 28.09.09.2005 Sayısı: 2005 / 146
147. Gebelerde Demir Destek Programı Uygulaması (AÇSAP)
Tarihi: 29.09.2005 Sayısı: 2005 / 147
148. SSK'dan devredilen İlaçlar (İE)
Tarihi: 30.09.2005 Sayısı: 2005 / 148
149. TNF-blokörleri (İE)
Tarihi: 30.09.2005 Sayısı: 2005 / 149
150. Yeşil Kart Uygulamaları (TH)
Tarihi: 03.10.2005 Sayısı: 2005 / 150
151. Trafik Kazazedeleri (TH)
Tarihi: 03.10.2005 Sayısı: 2005 / 151
152. Kurumların Birbirine Borç Vermesi (APK)
Tarihi: 05.10.2005 Sayısı: 2005 / 152
153. Veri Güvenliği (BİDB)
Tarihi: 07.10.2005 Sayısı: 2005 / 153
154. Akupunktur Tedavisi Uyulanan Özel Sağlık Kuruluşları (SE)
Tarihi: 07.10.2005 Sayısı: 2005 / 154
155. Ruh Hastalarının Sevk ve Takibi (TS)
Tarihi: 13.10.2005 Sayısı: 2005 / 155
156. Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi (TS)
Tarihi: 12.10.2005 Sayısı: 2005 / 156
157. Hac ve Umre Dönemi Sağlık Uygulamaları (TS)
Tarihi: 13.10.2005 Sayısı: 2005 / 157
158. Hibe Ambulans (TS)
Tarihi: 13.10.2005 Sayısı: 2005 / 158
159. Performans Takip Sistemi (BİDB)
Tarihi: 17.10.2005 Sayısı: 2005 / 159
160. Oyuncaklar (TH)
Tarihi: 21.10.2005 Sayısı: 2005 / 160
161. SB – Türk Silahlı Kuvvetleri Sağlık Hizmetleri Protokolü (TH)
Tarihi: 21.10.2005 Sayısı: 2005 / 161
162. Kuş Gribi (TS)
Tarihi: 25.10.2005 Sayısı: 2005 / 162
163. Bütçe Uygulama Talimatı Takip Sistemi (BUTTS)(BİDB)
Tarihi: 26.10.2005 Sayısı: 2005 / 163
164. Devlet Hizmeti Yükümlülerinin Askerlik Sevk Tehirleri (SS)
Tarihi: 28.10.2005 Sayısı: 2005 / 164
165. Fiyat Tarifeleri (TH)
Tarihi: 09.11.2005 Sayısı: 2005 / 165
166. Çocuk ve Ergen Psikiyatri Servislerinin Oluşturulması (TH)
Tarihi: 09.11.2005 Sayısı: 2005 / 166
167. Antineoplastik İlaç Hazırlama Merkezi Kurulması (TH)
Tarihi: 09.11.2005 Sayısı: 2005 / 167
168. İlaç Yönetmeliği (TH)
Tarihi: 10.11.2005 Sayısı: 2005 / 168
169. Araç Envanterleri (İMİD)
Tarihi: 14.07.2005 Sayısı: 2005 / 169
170. 2006 yılı döner sermaye bütçesi uygulama ilkeleri ve esasları (APK)
Tarihi: 16.11.2005 Sayısı: 2005 / 170
171. 2005 yılı Ek ödeme ortalamaları (APK)
Tarihi: 17.11.2005 Sayısı: 2005 / 171

172. Kontrole Tabi İlaçlar (İE)
Tarihi: 17.11.2005 Sayısı: 2005 / 172
173. Ağız ve Diş Sağlığı Haftası (SE)
Tarihi: 18.11.2005 Sayısı: 2005 / 173
174. Usul ve Esaslara İlişkin Değişiklik (TH)
Tarihi: 23.11.2005 Sayısı: 2005 / 174
175. Askerlik Sevk Tehir İşlemleri (Sav S)
Tarihi: 28.11.2005 Sayısı: 2005 / 175
176. Ayaktan Hasta Maliyetleri (BİDB)
Tarihi: 02.12.2005 Sayısı: 2005 / 176
177. Hizmet Alımları (TH)
Tarihi: 07.12.2005 Sayısı: 2005 / 177
178. Psikolojik Sorunu Bulunan Yükümlü Vatandaşların Askerlik Şubelerine Bildirilmeleri (TH)
Tarihi: 12.12.2005 Sayısı: 2005 / 178
179. Evrak Akışı (İMİD)
Tarihi: 14.12.2005 Sayısı: 2005 / 179
180. Nöbet Hizmetleri ve Acil Sağlık Hizmetleri (TH)
Tarihi: 16.12.2005 Sayısı: 2005 / 180
181. Yeşil Kart Kaydı (TH)
Tarihi: 23.12.2005 Sayısı: 2005 / 181
182. Ek Ödeme (APK)
Tarihi: 26.12.2005 Sayısı: 2005 / 182
183. Kontrole Tabi İlaçlar (İE)
Tarihi: 27.12.2005 Sayısı: 2005 / 183
184. Klinik Araştırmalar (İE)
Tarihi: 27.12.2005 Sayısı: 2005 / 184
185. İl İdare Kurulu Değerlendirme Katsayısı (TH)
Tarihi: 27.12.2005 Sayısı: 2005 / 185
186. Gider Tahakkukları (APK)
Tarihi: 28.12.2005 Sayısı: 2005 / 186
187. VHKİ Hizmet Alımı (BİDB)
Tarihi: 29.12.2005 Sayısı: 2005 / 187
188. Döner Sermaye Gelir Kalemlerine İlişkin Fiyat Tarifesi (APK)
Tarihi: 30.12.2005 Sayısı: 2005 / 188

Sağlıkta teşvikler devam edecek...

10 dakikada an

"112 Acil Servis" in hız

ANKARA - Sağlık Bakanlığının 112 Acil Servis'inin hızlandırılması için müddetleri azaltarak ambulansların olay yerine ulaşmasını hızlandırmak üzere bu yıl sonuna kadar 936 ambulansın sayısı ise bin 500'e çıkarılacak.

Y. İzzetle 25'i ön
Sağlık Bakanlığının 2006 yılında ikinci kez meydana gelen kazalarında 25 yaş altındaki çocukların ölümlerini önlemek için...

çok şey değişti

Sağlık Bakanı Akdağ: "112 Acil Servisinde değişiklikler yapıldı. Ambulansların hızlandırılması için...

Yıl 2005, diya

Yüksekova'da

Daha önce İran, Hakkâri ve Van'da diyalize girer böbrek hastaları, artık İlçe Devlet Hastanesi'nde...





Sağlıkta KDV indiriminde katrilyonluk kazanç

ŞÖKRÜ KIZILOĞLU / HÜRRIYET 12.01.2005

BAŞLIKTAKİ 'katrilyonluk' deyimini aşlında Yeni Türk Lirası cinsinden 'milyarlık' bir avantaj.

Ancak, YTL'ye geçiş daha çok yeni olduğu için: 'katrilyon' deyimini kullandık. Bu arada, başlığı okuyunca 'Sağlık harcamalarında, KDV'nin yüzde 18'den 8'e indirilmesi, katrilyonluk kazanç değil olsa olsa katrilyonluk vergi kaybı getirmiştir' diye düşünen olduysa yanılıyor.

Tam tersi, devletin milyar YTL'lik bir avantaja oldu. Sadece Devletin değil, bazı sağlık işletmelerinin de KDV indiriminden ciddi avantajları oldu. Kuşkusuz en önemlisi de vatandaşın avantajı...

Hürriyet okurları anımsayacaktır. 'Çivi bir vuruşta çakılmaz' anlayışla, sağlık sektöründe devletin katrilyonluk kaybı olduğunu ısrarla yazdık. Sonunda, gereken düzenlemeler yapıldı ve devletin katrilyonluk (milyar YTL'lik) kaybını önledik...

Devletin Avantajı

1) Yıllardır, sağlık sektöründeki hatalı bir uygulaması nedeniyle, devletin katrilyonlarca lira kayboluyordu. Hastanelerin çoğu, KDV'den müstesna ol-

duğu halde 'KDV dahil tarife' üzerinden, fatura kesip, ona göre tahsilat yapıyorlar, böylelikle ekstrasından bir geliri oluyordu. Daha açıkçası, devlet, KDV'ye tabi olmayan hastanelere, KDV ödüyordu...

Hürriyet'te 'Katrilyonluk skandal' olarak açıklayıp, yetkilileri uyardığımız bu konuya müdahale edildi. Artık 'KDV hariç' tarife üzerinden fiyatlar belirleniyor. Devlet de KDV'den müstesna olan hastanelere artık KDV ödemiyor. Burada, devletin kazancı milyar YTL...

2) Sağlıkla ilgili harcamaların, yüzde 80'ini kamu kurumları ile TC Emekli Sandığı, SSK ve Bağ-Kur yapıyor. 12 Ekim 2004 tarihli yazımızda 'sağlıkta KDV oranının yüzde 18'den 8'e indirilebileceğini' yazmıştık. Nitekim 1 Ocak 2005'ten itibaren KDV yüzde 18'den 8'e inince, Devletin KDV ödemelerinde büyük bir azalma oldu. Bu da devlete milyar YTL'lik (katrilyon lira) bir avantaj sağladı.

3) Özellikle tıbbi cihaz ve medikal malzemelerde, KDV oranının indirilmesi, kamu hastanelerinin bu cihaz ve malzemelerin alımında ödediği, KDV tutarını da azalttı.

Diğer Avantajlar

1. Özel Hastaneler: KDV'nin 10 puan düşmesiyle, iki avantaj birden sağladılar.

Birincisi, KDV'den müstesna olan kamu hastaneleri

ve bazı vakıf hastaneleriyle yaşadıkları haksız rekabetten kurtuldular. İkincisi, sağlık ve tedavi hizmetlerinin ücretleri, indirilen KDV oranı kadar aşağı çekildi. Bu da vatandaşın lehine oldu...

2. KDV'yi İndiremeyen Dernek ve Vakıf Hastaneleri: Katma Değer Vergisi ödeyen ancak bunu indirim konusu yapamayan bazı hastaneler, istisnadan yararlanmayacaklarını bağlı oldukları vergi dairesine bildirerek, KDV mükellefi olup ödedikleri KDV'yi indirim konusu yapabilecekler.

Katrilyonluk Kayıp

Sağlıkta, bu yıla kadar devam eden KDV skandalı, son 20 yılın sorunu... KDV'den müstesna tutulan hastanelere 'KDV dahil' şeklinde hatalı ödeme yapılması sonucu, Devletin katrilyonlarca liralık kaybı oldu.

Hatalı ödemelere el atan Sayıştay denetçilerinin görüşü, katrilyonlarca liralık fazla ödemenin, ilgililere zimmet çıkartılıp, geri alınması yolunda. Aslında, normal hukuk düzeninde, yapılması gereken de bu.

Ancak, şu aşamada, haksız yere kamunun trilyonlarca lirasını alan hastanelere yönelik bir operasyon, nedense sözkonusu değil.

Sayıştay'ın bu konudaki tavrı, olayın sonucu yönünden belirleyici olacak..



Avrupa'nın en ucuz ilaç satan ülkesiyiz

Sağlık Bakanı Recep Akdağ, Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin her geçen gün daha da geliştiğini, ilaç kullanımının ise kolaylaştığını belirterek, Türkiye'nin Avrupa'nın en ucuz ilaç satan ülkesi durumuna geldiğini, sağlık hizmetlerinde, "İnsanı yaşat ki devlet yaşasın" zihniyetinin hakim olduğunu kaydetti.

Yavuz Ziya Ertenel

ANKARA (HA-ÖZEL) - Sağlık Bakanı Recep Akdağ, Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin her geçen gün daha da geliştiğini, ilaç kullanımının ise kolaylaştığını belirterek, Türkiye'nin Avrupa'nın en ucuz ilaç satan ülkesi durumuna geldiğini, sağlık hizmetlerinde, "İnsanı yaşat ki devlet yaşasın" zihniyetinin hakim olduğunu kaydetti.

Özellikle ilaç sektöründe, Türkiye'nin Avrupa'nın en ucuz ilaç satan ülkesi durumuna geldiğini, sağlık hizmetlerinde, "İnsanı yaşat ki devlet yaşasın" zihniyetinin hakim olduğunu kaydetti.

Özellikle ilaç sektöründe, Türkiye'nin Avrupa'nın en ucuz ilaç satan ülkesi durumuna geldiğini, sağlık hizmetlerinde, "İnsanı yaşat ki devlet yaşasın" zihniyetinin hakim olduğunu kaydetti.

Özellikle ilaç sektöründe, Türkiye'nin Avrupa'nın en ucuz ilaç satan ülkesi durumuna geldiğini, sağlık hizmetlerinde, "İnsanı yaşat ki devlet yaşasın" zihniyetinin hakim olduğunu kaydetti.

Özellikle ilaç sektöründe, Türkiye'nin Avrupa'nın en ucuz ilaç satan ülkesi durumuna geldiğini, sağlık hizmetlerinde, "İnsanı yaşat ki devlet yaşasın" zihniyetinin hakim olduğunu kaydetti.

Özellikle ilaç sektöründe, Türkiye'nin Avrupa'nın en ucuz ilaç satan ülkesi durumuna geldiğini, sağlık hizmetlerinde, "İnsanı yaşat ki devlet yaşasın" zihniyetinin hakim olduğunu kaydetti.



Sağlık Bakanı Recep Akdağ, Yavuz Ziya Ertenel ile görüşüyor.

İlaçta fikri Mülkiyet Hakları

YAVUZ DIZDAR / DÜNYA GAZETESİ 18.06.2005

Bir süreden beri ilaç endüstrisini ve ilacın üretimden toplumun kullanımına dek geçen uzun soluklu öyküsünü, konunun dünya üzerindeki en yetkin ülkesi olan ABD'nin gözüyle izliyoruz. Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği (AIFD) ve ABD araştırmacı ilaç üreticilerinin temsilcisi olan Pharma'nın birlikte düzenledikleri bu etkinlik, ufkumuzu genişletmekle kalmadı, ilaçta fikri mülkiyet hakları konusunda kafamızda oluşmuş olan düşüncelerin haklılığını pekiştirdi. Dünyanın yılda 8 milyar dolar AR-GE yatırımı yapılan dünyanın en gelişmiş ilaç araştırma merkezi unvanına sahip Pfizer Groton Laboratuvarları, sağlık araştırmaları konusunda yıllık yaklaşık 30 milyar dolarlık bütçeye sahip ABD Ulusal Sağlık Enstitüsü ve ilaç konusunda en önemli düzenleyici otorite olan ABD Gıda ve İlaç Dairesi'ni kapsayan

toplantular zincirinin ortak teması "ilacın sadece bir ürün olarak değil, geliştirilme aşamasındaki bütün fikir emeğini de içeren bilimsel katma değerın son derece büyük olduğu bir AR-GE çıktısı" olarak algılanması gerektiği idi.

Detayını zaman zaman dile getireceğimiz bu etkinlikte fikri mülkiyet hakları özellikle vurgulandı. Bu vurgunun iki farklı boyutu bulunmakta. Bunlardan birincisi konunun ekonomik boyutu. On onbeş yıllık araştırmalar sonucunda ve tamamen risk üzerine kurulu bir yatırım olan ilacın patent korumasının ötesinde "veri koruması" altında olması büyük önem taşıyor. Zira bir molekülü ilaç haline getiren unsur, o molekölün insanlardaki hastalıkların tedavisinde başarılı ve aynı zamanda güvenli olduğunu gösteren veri birikimi. Pfizer Groton Global Araştırma Merkezi yetkililerinin verdiği bilgiler, bulunmuş herhangi bir molekölün, işini iyi bilen bir kimya mühendisi tarafından kopyalanabileceğini doğruluyor. Bu durumda molekölün etkinliğinin kanıtlanması

için yapılan klinik araştırma sonuçlarının ilacı kopyalayan firmalar tarafından referans olarak kullanılmaması son derece önemli hale geliyor. Batı, bu fikri hak unsurunu "veri koruması" olarak adlandırıyor.

Sağlık Bakanlığı'ndan olumlu adım

Ülkemizdeki durum ise kısa süre öncesine dek tam tersi olarak seyrediyordu. Kopya ilacı piyasaya sürmek isteyenler, "ülke ekonomisi"ni bahane ederek, kopyaladıkları ilacı beri yandan orijinal ilacın verilerini kullanarak piyasaya sürüyorlardı. Açıkça fikri mülkiyet hakkını ihlal anlamına gelen bu durum neyse ki kısa bir süre önce Sağlık Bakanlığı'nın müdahalesi ile ortadan kaldırıldı. Buna karşılık, müdahale öncesi döneme ait dosya başvurularının akıbeti henüz bilinmiyor. Bakanlık bu noktada da ya haklıya hakkını teslim edecek, ya da Türkiye entegre olmaya çalıştığı Batı dünyası gözündeki "korsanı kol" imajını sürdürecektir.

İçerisinde yaşadığımız dünya düzeni, kuşkusuz ülkelerin belli ortaklıklar ve güç birlikleri içerisinde yer almalarını zorunlu hale getiriyor. Dahası var olan sosyoekonomik düzende fikri mülkiyet haklarının korunmaması söz konusu bile edilemiyor. Değil ilaç, sanat eserlerinin (en basit tanımıyla pop şarkılarının) fikri mülkiyet hakları bile bu kadar büyük bir hassasiyet içerisinde dile getirilirken, çok daha hayati olan ve yoğun bir bilimsel emeği gerektiren ilaçlar açısından bakıldığında, fikri mülkiyet hakları uluslararası ilişkileri zorlar hale geliyor.

Stratejik ortaklığın gereği

Durum son günlerde sıkça telaffuz edilmeye başlanan "stratejik ortaklık" kapsamında düşünüldüğünde, ortağımızın fikri mülkiyetlerini kendi çıkarlarınız doğrultusunda yok saymanız, ilişkilerin doğrudan sorgulanır hale gelmesine neden oluyor. Neyse ki Türkiye dünya ölçeğinde önemli bir ülke ve bu-

güne dek süregelen uzlaşmazlığın yine de gerginliğe mahal bırakmadan çözülmesi mümkün. Yapılması gereken fikri mülkiyet haklarını tartışmasız tanımak, beri yandan da kendi fikri mülkiyetini oluşturmak için üniversiteleri ve yerli ilaç sanayini AR-GE konusunda koşulsuz destekleyen bir politikayı uygulamaya sokmak.

SSK hastanelerinin devri

TAHSİN SINA / YENİ ŞAFAK 23.02.2005

SSK hastaneleri, 20.02.2005 günü Sağlık Bakanlığı'na devredilmiş bulunuyor. Ankara'da Ziraat Bankası Hastanesi, İstanbul'da ise Polis Hastanesi ve PTT Hastanesi ile birlikte, SSK'ya ait 148 hastane ve 400 sağlık tesisi Sağlık Bakanlığı'na devredildi. Bu arada yaklaşık 56 binin üzerinde SSK personeli de Sağlık Bakanlığı'na kaydırılmıştır. Türkiye'de 34 bin 450 yataklı 148 hastaneden, sağlık hizmeti almaya çalışan tam 33 milyon SSKlı var. SSK'ya bağlı 145 hastane, 212 dispanser, 11 ağız diş sağlığı merkezi ile 2 özel dal merkezi olmak üzere toplam 370 sağlık tesisi Sağlık Bakanlığı'na devredilmiş bulunuyor. Tarihi bir gelişme bu.

Hükümetin sağlıkta dönüşüm programı gereğince, epeydir Türkiye'nin gündeminde bulunan SSK Hastaneleri'nin Sağlık Bakanlığı'na devri sorunu, nihayet bir çözüme kavuşmuş bulunmaktadır. Ancak geçiş süreci sancılı da yaşanıyor.

Beklendiği gibi, geçiş sürecinde bazı sorunlar yaşanmaya başladı; ama bu sorunlar, alınan yolun yanlışlığından değil, dönüşüme uyumun zorluklarından kaynaklandığı anlaşılmaktadır. Hazırlanan genelgeler ve yapılan çalışmalarla, bir şekilde bu sürecin kısa dönemde atlatılarak normal işleyişe dönülmesi beklenmektedir.

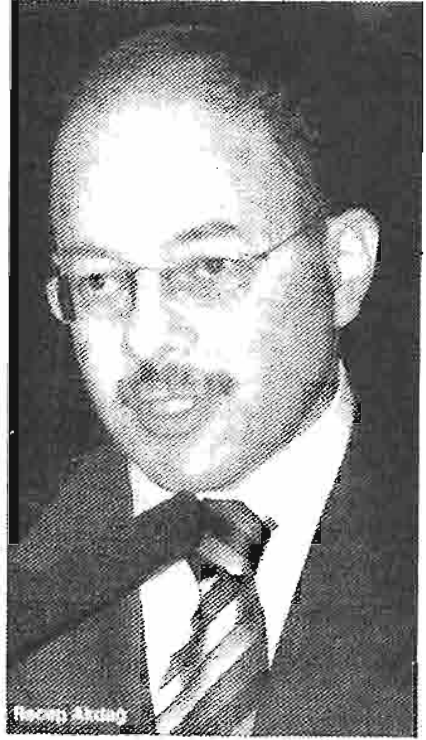
Nitekim Sağlık Bakanı Recep AKDAĞ'a göre, SSK hastanelerinin devri sonucunda ileride yaşanan her şey güzel olacak. Zaten kamuoyunun beklentisi de bu yönde. Bu doğrultuda, SSKlılar, memur, emekli ve yeşil kartlılar gibi sağlık karnesi ya da alacakları sevkle istedikleri sağlık kurumuna doğrudan gidebilecekler: SSK hastanelerinde uygulanan telefonla randevu sistemi, bir süre devam edecek. SSK eczaneleri de hastanelerde faaliyetine devam edecek.

"Performansı dayalı ek ödeme çalışma barışına katkıda bulunacak"

● ANKARA - TÜRKİYE

Sağlık Bakanı Recep Akdağ, Bakanlıkta geçen devletin sağlık performansını ölçmek üzere devletin sağlık ek ödemelerini çalıştıran hastanelere ödenecek katkı ve pasajın başladığını bildirdi.

Konuyla ilgili 1991 Tarihli Mülkiyehane Kanunu Kanun Tasarısının gerekçesinde yer alan Akdağ, ek ödemelerin kurum ve kuruluş gelişimi ile personelin finansal performansına göre değişkenlik gösterilebileceğini ifade etti. Sağlık Bakanlığı'nın ek ödeme çalışmaları ile hastanelerin gelirleri ve performansları bu kapsamda beklenen düzeyde değilse de, bu durumun istenilen maddelerden dolayı, fazla ek ödeme alınabileceği ve dolayısıyla Bakanlıkta ek ödeme çalışmaları hakkında yapılan görüşmelerde, bu konuda bir kararın alınması gerektiği ve bu kararın alınmasıyla birlikte, devletin sağlık ek ödemelerini çalıştıran hastanelere ödenecek katkı ve pasajın başladığını bildirdi. Akdağ, "Devletin sağlık performansını ölçmek üzere devletin sağlık ek ödemelerini çalıştıran hastanelere ödenecek katkı ve pasajın başladığını bildirdi. Ek ödemelerin çalıştırılmasıyla birlikte, devletin sağlık ek ödemelerini çalıştıran hastanelere ödenecek katkı ve pasajın başladığını bildirdi. Ek ödemelerin çalıştırılmasıyla birlikte, devletin sağlık ek ödemelerini çalıştıran hastanelere ödenecek katkı ve pasajın başladığını bildirdi."



Recep Akdağ

Sağlık Bakanlığı'nın ek ödeme çalışmaları ile hastanelerin gelirleri ve performansları bu kapsamda beklenen düzeyde değilse de, bu durumun istenilen maddelerden dolayı, fazla ek ödeme alınabileceği ve dolayısıyla Bakanlıkta ek ödeme çalışmaları hakkında yapılan görüşmelerde, bu konuda bir kararın alınması gerektiği ve bu kararın alınmasıyla birlikte, devletin sağlık ek ödemelerini çalıştıran hastanelere ödenecek katkı ve pasajın başladığını bildirdi.

Sonuç olarak, SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devriyle SSKlılara devlet ve anlaşmalı özel hastanelerin kapısı da açılmış bulunuyor:

SSK emekli hastalar sağlık karneleriyle doğrudan, çalışanlar ise işyerlerinden aldıkları sevk ve sağlık karneleriyle hastanelere müracaat edecekler.

SSKlı hastalar, hastanelerden yine randevu yoluyla yararlanacak, ancak randevu almadan gelen hastalar da geri çevrilmeyecek. Geçiş döneminde her iki yöntem de kullanılacak.

Hastanelerde ayakta tedavi yaptıran hastalara yazılan reçeteler, anlaşmalı serbest eczanelerden alınabilecek. Heyet raporu gerektiren ilaçlar, yine hastane eczanelerinde satılacak.

Devredilen SSK hastanelerindeki eczaneler geçiş süresinde açık kalacak. Eczanelerden daha çok yatan hastalar yararlanacak.

SSKlı hastaların görüntüleme hizmetlerinin dışarıdan alınmasına devam edilecek. Bu işlem için hastane sevki şart olacak.

SSK'lının sevk çilesi bitmeyecek. SSKlılar, Emekli Sandığı'na bağlı çalışanlar gibi tedavisini yaptırmak için istediği üniversite hastanesine gidemeyecek. Üniversite hastanelerine gidebilmek için yine herhangi bir devlet hastanesinden sevk alacak.

SSKlılar, SSK'nın anlaşma yaptığı özel hastanelere sevk almadan gidebilecek.

İleri tetkik gerektiren hallerde üniversite hastanelerine sevk edilmesi gereken hastalar sevk almadan buralara gidemeyecek. Taşradan gelen hastaların da geldikleri ilden sevk alması gerekecek.

SSK, SSK'lı hastaların hastane ve tedavi giderlerini Sağlık Bakanlığı'na ödeyecek.

SSK, tedavi faturalarının düzenli bir şekilde takibi için yeni bir sistem kuruyor. SSK devretmediği Ankara, Eskişehir, Bursa ve İzmit'te toplam 8 dispanseri, fatura işlemlerinin takip edildiği idari binalara çevirecek. SSK burada çalıştırmak için bin 750'si sağlık personeli olmak üzere 4 bin 36 personelini de Sağlık Bakanlığı'na vermedi. SSK, burada çalışacak personele Sağlık Bakanlığı'nın aynı birimini baz alarak maaşının yanı sıra performansına göre 2.5 milyar lira ek ücret ödeyecek.

Tedavi giderlerinin SSK'ya bildirilebilmesi için kurum ile tüm devlet hastaneleri arasında otomasyon sistemi kurulacak.

SSK'dan bakanlığa geçen personel, mart ayında maaşlarını Sağlık Bakanlığı'ndan alacak.

AİLE HEKİMLİĞİ BAŞLIYOR



■ Proje 2006 yılında yaygınlaşacaktır.

Sağlık alanında çığır açacak olan aile hekimliği uygulaması bugün pilot bölge olan Düzce'de başlıyor. Projeye 3 bin kişiye bir hekim ve bir sağlık personeli düşecek

SAĞLIK Bakanlığı yıllardır vatan hikayesine dözen aile hekimliği uygulamasına nihayet geçiyor. Pilaj bölge seçilen Düzce'de uygulamaya başlanacak olan Aile Hekimliği Projesiyle, 3 bin kişiye bir aile hekimi düşecek. Sisteminde, koruyucu sağlık hizmetleri sisteminin esas dayanağı olan sağlık ocaklarını kapsayacak, aile hekimliği merkezleri adı altında yeniden düzenlenmeye gidecek. Pratisyen hekimler, aile hekimine, ilaç, hasta ve sağlık memurları da "aile sağlığı elemanı" olarak çalışacak. Projede sağlık ocaklarını yürüttüğü gibi tüketiciler, ağıda

ma, ana ve çocuk sağlığı gibi koruyucu sağlık hizmetlerinden "Aile Hekimi" sorumlu olacak.

3 bin kişiye bir hekim ve bir sağlık personeli düşecek şekilde hesaplanan "Aile Hekimliği" projesinde, hekimler kendi bölgelerinde bulunan hastaları kayıt altına alacak. İlk olarak Düzce'de uygulamaya başlanacak proje, 2006 yılında merkez illerden başlayarak yaygınlaştırılacak.

Düzce'de aile sağlığı elemanı için ağıda 180 kişilik pozisyona, 160 sağlık personeline (78), 104 aile hekimliği pozisyonuna da 80 pratisyen hekimden 71'i bayyurula bulacağı

SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devrine niçin karşı çıkılır?..

DAVUT DURSUN / YENİ ŞAFAK 11.01.2005

Bazı olaylar vardır ki bir anlam vermeniz, anlamlı bir açıklama getirmeniz mümkün değildir. Olup bitenler gözlerinizin önünde cereyan eder ancak anlamazsınız.

Tam bu niteliğe uygun bir gelişme geçen hafta TBMM Genel Kurulu'nda kabul edilen Sosyal Sigortalar Kurumu hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devrine ilişkin yasaya karşı bazı kesimlerin yürüttükleri mücadele.

Yıllardır Türkiye sosyal güvenlik kuruluşlarının tek çatı altında toplanmasını tartışıyor. Nerede ise bütün siyasi partilerin ve hükümetlerin programlarında buna ilişkin vaatler var. Hükümetler bu konuyla ilgili bazı çalışmalar yapar, ancak bir türlü gerçekleştiremezler.

Benzer bir durum sağlık kuruluşlarının tek çatı altında toplanması konusunda da var. Elbette ilk akla gelen tüm sağlık kuruluşlarının Sağlık Bakanlığı çatısı altında toplanmasıdır. Ülkede en yaygın ve etkin sağlık organizasyonu Sağlık Bakanlığı'dır. Türkiye'de sağlık hizmeti verilmesi devletin üstlenmiş olduğu kamusal bir görev olduğuna ve bu iş için de bir bakanlık örgütlendirildiğine göre en etkin organizasyonun Sağlık Bakanlığı olması gayet normal.

Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) bünyesinde de sağlık tesisleri var. Bu kurum hastane işletmekte, ilaç üretmekte, sağlık tesisi kurmakta ve yönetmekte. İş Kanunu'na göre çalışan kişilerin bağlı olduğu kurum olması dolayısıyla toplumun en geniş kesimine hitap etmektedir. Çalışanların eş ve ailelerini düşündüğümüzde bu sayının otuz milyonların üzerinde olduğu ifade edilmektedir. Böylesine büyük bir kuruluşla karşı karşıyayız.

Zaten sorun da burada başlıyor. Çünkü işçi ve işverenlerden kesilen primlerle tesis edilen SSK hastanelerinin verdikleri sağlık hizmetinden memnuniyet duyan kimse yok. Bu kuruluşların nasıl bir ilkelik içerisinde olduklarını herhangi bir nedenle buraya ayağı düşen herkes biliyor. SSK hastaneleri dendiğinde ilk akla gelen kuyruklar, verilmeyen sağlık hizmeti, yolsuzluklar, problemler gibi olumsuzluklardır. Elbette hepsi böyle değil. Ancak genelde durum hiç kimseyi tatmin etmiyor.

Bu durumun bir yönetim problemi olduğu söylenebilir. Çalışanlara hitap ettiği için düşük ücretlerden kaynaklandığı ifade edilebilir. Sebep ne olursa olsun SSK hastanelerinin içinde buldukları durumu kimsenin içine sindirmesi mümkün değil.

SSK'lı hastaların da Sağlık Bakanlığı hastanelerinde muayene ve tedavi görme imkanı getirildiğinden bu yana hastaların çoğu devlet hastanelerini tercih etmektedir. SSK hastalarının niçin devlet hastanelerini tercih ettiklerini sormaya hiç gerek yok. Şimdi de SSK hastanelerinin diğer kurum hastaneleriyle birlikte Sağlık Bakanlığı'na devri gerçekleştiriliyor. Ama gel gör ki bazı sendikalarla ana muhalefet partisi buna karşı bayrak açmış ve bu kanuna karşı mücadele yürütmektedirler. Önümüzdeki günlerde ilgili sendikaların genel grevi bile gündeme getiremelerinden söz ediliyor.

İtirazın ana argümanı işçilerin, çalışanların mülkiyetindeki hastanelere el konulduğu, mülkiyet hakkına saygı gösterilmediği, çalışanların mallarına bila bedelsiz el konulamayacağı gibi hususlar.

Evet SSK hastaneleri işçi ve işverenlerin paralarıyla tesis edilmiştir. Mülkiyeti onlarındır ve bunda bir şüphe yoktur. Peki yıllardır SSK Türkiye'nin en önemli kara deliklerinden biridir. Her yıl Hazine'den buraya büyük paralar transfer edilmektedir. Hazine'den transfer edilen paralar kimin hakkıdır? Bir hesap yapılırsa şimdiye kadar SSK'nın zararlarını

karşılılamak için Hazine'den buraya aktarılan ve tüm halka yüksek oranda enflasyon olarak yansıyan bu paraların toplam miktarı ne kadardır? Acaba buraya aktarılan bu paralarla tüm bu hastaneleri satın almak mümkün değil miydi?

Mülkiyet hakkına herkes saygı göstermeli ve bu konuda azami özeni göstermeli. Ama aynı zamanda buraya aktarılan paralarla bu milletin katlandığı fedakarlığı da unutmamalı. SSK hastanelerinin verdikleri hizmetlerden memnuniyet duyan, mutlu olan ve bu yapıyla devam etmesini isteyen bir tek çalışan veya işveren var mı acaba? İşte buna rağmen SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devrine bazı sendikaların ve siyasi partilerin karşı mücadele yürütmelerini anlamak asla mümkün değildir.

Sağlık için akılcılık

TAHA AKYOL / MILLİYET GAZETESİ 07.01.2005

SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devrine sendikalar ve CHP karşı çıkıyor. Hastaneler önünde protesto gösterileri yapan "Emek Platformu" da "şubat ayı başında ülke genelinde eylem" kararı aldı.

CHP'nin seçim bildirisinde SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devredilmesi savunuluyordu. Sayın Baykal da seçim bildirisini açıklarken 13 Ağustos 2002 günü basına şunları söylüyordu:

"İlk yapılması gereken iş, SSK'yı hastanecilikten çıkarmaktır. Bunu cesaretle söylemeliyiz. Bu, Türkiye'nin meselesidir.

SSK hastane kuracak, işletecek! Olacak iş mi?! Hastaneler SSK yönetim kurulunun kumandasından kurtarılmalıdır."

Hastaneleri 2002 yılında "SSK yönetim kurulunun kumandasından kurtarmak" gerekiyordu da 2005'in başında niye gerekmiyor?

Sendikalar da, her zaman olduğu gibi, hiçbir reform projesi sunmadan sadece "sendika yönetim kurulunun kumandasını" sürdürmek için karşı çıkıyorlar.

MEVCUT sistemde SSK bir eliyle sağlık hizmeti üretiyor, öbür eliyle bunu satın alıyor! Zararı millet ödüyor, kalitesiz hizmetin zahmetini SSK'lı hastalar çekiyor!

SSK'nın "hastanecilik" yapmasının ne kadar yanlış olduğuna dair somut bir veri, hastaların tercihindeki büyük değişmedir.

Sağlık Bakanlığı "ortak kullanım protokolü" ile sigortalı hastaların 2004 yılında devlet hastanelerine de gitmesine imkan tanıdı.

İLAC KUYRUGU BİTTİ

SSK-ezane protokolünün pilot uygulamasının başlamasıyla Adana'daki ilaç kuyrukları son buldu. İstanbul'da ise anlaşmalı ezane ve ilaç yetersizliğe yüzünden ilk gün karmaşası vardı



Her zaman uzun kuyruklar olan SSK'da hastanelerde ilaç etkilik çok azdır.



Her zaman uzun kuyruklar olan SSK'da hastanelerde ilaç etkilik çok azdır.

Hastanelerde ilaç kuyrukları son buldu.

HÜKÜMET, sağlığı koruyarak devletin görevi olarak SSK'nın 13 Eylül 2002'de devredilmesiyle ilgili olarak hazırladığı raporun bir bölümünü, sağlık bakanlığına gönderdi. Raporun bir bölümü ise SSK'nın devredilmesiyle ilgili olarak hazırladığı raporun bir bölümünü, sağlık bakanlığına gönderdi. Raporun bir bölümü ise SSK'nın devredilmesiyle ilgili olarak hazırladığı raporun bir bölümünü, sağlık bakanlığına gönderdi.

İLAC BİTMEĞİ
İSTANBUL'DA geçen yıl bu kışın başlarında çok çok SSK hastanelerinde ilaç etkilik çok azdır. Ancak hastaneler ve diğer sağlık kuruluşları arasında ilaç etkilik çok azdır. Hastanelerde ilaç etkilik çok azdır. Hastanelerde ilaç etkilik çok azdır. Hastanelerde ilaç etkilik çok azdır.

SEVİKSİZ DÖNEM
SSK'ya bulaşık sağlık hizmetleri, 13 Eylül 2002'de devredildi. Ancak SSK'nın devredilmesiyle ilgili olarak hazırladığı raporun bir bölümünü, sağlık bakanlığına gönderdi. Raporun bir bölümü ise SSK'nın devredilmesiyle ilgili olarak hazırladığı raporun bir bölümünü, sağlık bakanlığına gönderdi.

Sağlık Bakanı Recep Akdağ'ın 2005 bütçe görüşmelerinde açıkladığına göre:

"2004 yılının ilk 11 ayında Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kuruluşlarında muayene edilen SSK'lı hasta sayısı yaklaşık 33 milyona ulaştı!"

Neredeyse sigortalı hasta sayısının yarısı, SSK'nın işlettiği sağlık kuruluşlarını bırakıp Sağlık Bakanlığı'nın işlettiği sağlık kuruluşlarına başvurmuş!

Çünkü SSK, hastaneleri kötü ve pahalı yönetiyor.

SSK yarım asırda bir tek Okmeydanı SSK Hastanesi'nde radyo terapi merkezi kurabilmiş mesela!

SSK'nın "hastanecilik" yapması, besbelli ki, yanlış, verimsiz, 'zararlı'...

İŞTE bütün bunların faturası: SSK prim yükünün net ücretin yarısını geçtiği tek ülke, dünyada Türkiye!

Bu maliyetle istihdam artar mı?!

İlaveten, sosyal güvenlik için bütçeden 15 milyar dolar akıyor ve her yıl artıyor!

SSK gibi, hangi kurum bir hizmetin hem üreticisi hem satın alıcısı olursa, zarar eder.

Tasarı yasalaştığında para SSK'nın bir cebinden çıkıp, artmış olarak öteki cebine girmeyeceği için, "çapraz kontrol" teşekkül edecek: Sağlık Bakanlığı sağlık hizmetlerini verimli ve kaliteli üretmek, SSK ise ucuz satın almak ihtiyacını duyacak, denetleme imkânına sahip olacaktır!

Tasarı, doğrudur, haklıdır, 'akılcı'dır.

CHP'nin itirazı 'günübirlik muhalefet'ten ibarettir ve kendi programına aykırıdır.

Sendikalar açısından, geçmişte "zararlı KIT'ler"i savunmak, "Çankaya şişmanı, işçi düşmanı" gibi ekonomik rasyonellikle ilgisiz ajitatif sloganlar atmak neye yaradı?!

Sağlık reformunun bir parçası olan SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devri mutlaka gerçekleşecek. Bakan Akdağ, 31 Aralık'ta bunun "çalışma esasları"nı bir genelgeyle vilayetlere göndermiş bile.

'Mecburi' dönüş!

Sağlık Bakanlığı, Sözleşmeli Personel Kanunu ile Doğu ve Güneydoğu'daki doktor açığını, 9-10 milyar liraya kadar maaş ödenmesine rağmen kapatamayınca, çareyi mecburi hizmete geri dönmekte buldu.

ANKARA Doğu ve Güneydoğu Anadolu'daki personel açığını kapatmak için iki yıl önce yürürlüğe sokulmuş personel uygulaması, sağlık sektöründe büyük başarıya ulaşamadı. Sözleşmeli doktorlar için ayrı bir düzenleme yapıldı. 2003'te 1964'ten beri 34 Temmuz 2003'e kadar uygulanmış mecburi hizmet, bu kez daha etkinliği için ve performans gücünü artırarak yeniden sağlık personelinin sözleşmeli olarak çalışmasını mümkün kılacak şekilde düzenlendi. Örneğin, doktorların maaşına dayanan yüzde 2 yıllık artırımlarında, zorunlu doktor sözleşmelerinde geçen süreyle eşitlenerek, 2 yıllık süre ile toplam 1981 saatlik hizmet yerine geçen şekilde 2003 maaş artışlarına göre sözleşmeli olarak çalışmaları 1,35'ten itibaren başladı. Aynı süreçle ilan edilen 3 bin 534 sözleşmeli personel-doktor pozisyonuna 2 bin 191 kişi yerleştirildi. Başlıcaları şöyle:
● 1981'de başlayan 'Devlet Hizmeti' ile ilgili olarak, sağlık sektöründe çalışan personelin maaşına dayanan yüzde 2 yıllık artırımlarında, zorunlu doktor sözleşmelerinde geçen süreyle eşitlenerek, 2 yıllık süre ile toplam 1981 saatlik hizmet yerine geçen şekilde 2003 maaş artışlarına göre sözleşmeli olarak çalışmaları 1,35'ten itibaren başladı. Aynı süreçle ilan edilen 3 bin 534 sözleşmeli personel-doktor pozisyonuna 2 bin 191 kişi yerleştirildi. Başlıcaları şöyle:
● 1981'de başlayan 'Devlet Hizmeti' ile ilgili olarak, sağlık sektöründe çalışan personelin maaşına dayanan yüzde 2 yıllık artırımlarında, zorunlu doktor sözleşmelerinde geçen süreyle eşitlenerek, 2 yıllık süre ile toplam 1981 saatlik hizmet yerine geçen şekilde 2003 maaş artışlarına göre sözleşmeli olarak çalışmaları 1,35'ten itibaren başladı. Aynı süreçle ilan edilen 3 bin 534 sözleşmeli personel-doktor pozisyonuna 2 bin 191 kişi yerleştirildi. Başlıcaları şöyle:



1428 uzman hekim, 2 bin 735 profesyonel hekim kadrolara sözleşmeli olarak çalışmaya başladılar. Sağlık Bakanlığı, sözleşmeli doktorların maaşına dayanan yüzde 2 yıllık artırımlarında, zorunlu doktor sözleşmelerinde geçen süreyle eşitlenerek, 2 yıllık süre ile toplam 1981 saatlik hizmet yerine geçen şekilde 2003 maaş artışlarına göre sözleşmeli olarak çalışmaları 1,35'ten itibaren başladı. Aynı süreçle ilan edilen 3 bin 534 sözleşmeli personel-doktor pozisyonuna 2 bin 191 kişi yerleştirildi. Başlıcaları şöyle:
● 1981'de başlayan 'Devlet Hizmeti' ile ilgili olarak, sağlık sektöründe çalışan personelin maaşına dayanan yüzde 2 yıllık artırımlarında, zorunlu doktor sözleşmelerinde geçen süreyle eşitlenerek, 2 yıllık süre ile toplam 1981 saatlik hizmet yerine geçen şekilde 2003 maaş artışlarına göre sözleşmeli olarak çalışmaları 1,35'ten itibaren başladı. Aynı süreçle ilan edilen 3 bin 534 sözleşmeli personel-doktor pozisyonuna 2 bin 191 kişi yerleştirildi. Başlıcaları şöyle:

İçerisinde Sıvıya-Elektrolit Dengeleme Solüsyonu'na göre kullanılmaktadır. 2003 ile 2004 için ayrıntılı değerlendirildi. Bu kadrolarda sözleşmeli hekimler, Ankara ve İzmir gibi büyük şehirlerde sağlık hizmetleri için devlet hizmeti olarak, en son başvuru tarihi olan 2003'te ayrı ayrı sözleşmelere bağlı yerleşen yerlerde 2003'te olacak.

■ Açıkta atama

● İlk atama ve sağlık hizmetleri sözleşmesi yapılacak sözleşmeli personel için ayrı bir düzenleme yapıldı. Sağlık Bakanlığı, sözleşmeli doktorların maaşına dayanan yüzde 2 yıllık artırımlarında, zorunlu doktor sözleşmelerinde geçen süreyle eşitlenerek, 2 yıllık süre ile toplam 1981 saatlik hizmet yerine geçen şekilde 2003 maaş artışlarına göre sözleşmeli olarak çalışmaları 1,35'ten itibaren başladı. Aynı süreçle ilan edilen 3 bin 534 sözleşmeli personel-doktor pozisyonuna 2 bin 191 kişi yerleştirildi. Başlıcaları şöyle:

● Devlet hizmeti yükümlülüğü kapsamında personel, bu görevlerini tamamlaymadan emeklilikten yararlanamaz.

● Doktorların birden fazla uzmanlık veya yan dal uzmanlık eğitimi bağlanabilmesi için devlet hizmeti yükümlülüğünden muaf tutulmaları sağlanacak.

● Anestezik, uzmanlık ve yan dal uzmanlık eğitimi ile edinecekleri diğer devlet hizmeti yükümlülüğünden muaf tutulacaklar.

● Devlet hizmeti yükümlülüğünü yapmayan personel, muafiyet ve mazeret tutanağı dışında başka yere atanmayacak.

● Sağlık Bakanlığı, diğer devlet kurumları ve diğer devlet kurumları ile çalışan ehil personel için ayrı bir düzenleme yapacak.

■ Devlet hizmeti geliyor

Aktif Parti İstanbul Milletvekili Cevdet Erkil'in verdiği ve YIKIM Sağlık Komisyonu tabii kabul edilmiş şekilde doktorlar için "Devlet hizmeti" yükümlülüğü getiriyor. "Devlet hizmeti daha etkin olarak kullanılabilir mi?" sorusuna "Devlet hizmeti için Devlet Hizmeti Kanunu'na tabii olarak yükümlülüklerin getirilmesi" yanıtı veriyor.

Bu soru, yanıtı olarak veya yanıt dışında diğer soruların yanı sıra, devlet hizmeti ve yan dal uzmanlık eğitimi muafiyetleri, bir eğitimin için ayrı ayrı "devlet hizmeti" yapacak.

● Devlet hizmeti stajeri 1200 saatlik olarak zorunlu olarak

■ Talepler yetersiz kaldı

2 yıllık dönemdeki Devlet Memurları Kanunu'na tabii olarak izin verilen alanın istenilen hizmet sayısı 180, profesyonel hekim sayısı ise 255 oldu. Sağlık Bakanlığı, sözleşmeli doktorların maaşına dayanan yüzde 2 yıllık artırımlarında, zorunlu doktor sözleşmelerinde geçen süreyle eşitlenerek, 2 yıllık süre ile toplam 1981 saatlik hizmet yerine geçen şekilde 2003 maaş artışlarına göre sözleşmeli olarak çalışmaları 1,35'ten itibaren başladı. Aynı süreçle ilan edilen 3 bin 534 sözleşmeli personel-doktor pozisyonuna 2 bin 191 kişi yerleştirildi. Başlıcaları şöyle:

Bakan Recep Akdağ'ın iyimserliği

FIKRET BILA / MİLLİYET GAZETESİ 19.02.2005

Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ, dün kahvaltıda Milliyet'in konuğu oldu.

Akdağ, sağlık alanında gündemdeki konulara ilişkin görüşlerini açıkladı.

Sağlık Bakanı, Türkiye'nin en ciddi dönüşümü, sağlık hizmetlerinde yaşadığını vurguluyor.

Sağlık'ta kronikleşmiş sorunların aşılmakta olduğunu belirtirken, SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığınca devrinin iyi bir örnek oluşturacağını savunuyor.

Sağlıkta kurum ve hizmet farklılıklarının giderilmeyle çalışıldığını şöyle özetliyor:

"SSK hastaneleri, bakanlık hastaneleri, memur has-

ta, işçi hasta ayrımı ortadan kalkıyor. SSK hastanelerinin devri bunu sağlayacak. Ayrıca, dünyanın hiçbir yerinde bir hastaneye mahkûm edilen hasta yok. İlacını aynı hastane içindeki eczaneden almak zorunda olan, bunun için saatlerce kuyrukta bekleyen hasta yok. Bu tür uygulamalar kalmadı. Biz, aldığımız kararlarla Türkiye'de de bu çarpık uygulamayı sonlandırıyoruz. Aralık'ta SSK'li hasta da gidip dışarıdaki eczaneden ilacını alabilecek. Bu, önemli bir sorunun aşılmasıdır."

Sağlık Bakanı Akdağ'ın kronikleşmiş sorun olarak gördüğü bir uygulama da hem hastanede, hem muayenehanede hizmet verilmesi...

Bakan, aldıkları özendirici önlemlerle doktorların muayenehanelerini kapatmaya başladıklarını belirtiyor. Doktorların, hastanede çalışmayı yeğlediklerini, özellikle Anadolu'da bu tercihin daha belirgin biçimde arttığını söylüyor. Doktorları muayenehane kapatmaya iten nedeni, performans esas olarak

puanlama sistemine geçmiş olmalarını gösteriyor. Doktor ücretlerinin bu şekilde arttığını ve hastanede hizmet süresinin uzadığını kaydediyor. Bu sistem sayesinde eskiden erken saatlerde kapanan ameliyathanelerin artık geç saatlere kadar hizmet verdiğini söylüyor.

Prof. Dr. Akdağ, ilaç alımlarında da fiyat indirimi sağlayan bir sisteme geçtiklerini vurguluyor. İthal ilaçlarda uygulanan sistemi şöyle anlatıyor:

"Biz AB ülkelerini esas aldık. İthal ilaçlarda fiyatlandırmada yeni ölçüler getirdik. Yaptığımız ölçü şu oldu: AB ülkelerinde sağlık hizmetlerinin gelişmiş olduğu, ilaç fiyatlarının görece olarak düşük tutulduğu beş ülkeyi aldık. Bu ülkedeki ilaç fiyatlarını inceledik. İlaç ithal eden firmalara, bu beş ülke içinde ilaç fiyatının en düşük olduğu ülkeyi esas alacağımızı söyledik. Bu ülkede fiyatın Türkiye için üst sınır olarak kabul edildiğini bildirdik. Şimdi AB içinde en düşük fiyat ne ise Türkiye'de en yüksek ithal ilaç fiyatı bu olacak."

Akdağ, sosyal güvenlik kurumlarının sigorta hizmetlerinde yoğunlaşmasını özendirdiklerini, fon yönetimi, finans alanında yoğunlaşmalarını sağlayacaklarını da bildirdi. Bu yöntemle, sigorta kurumlarının sağlık hizmetlerini satan alan kurumlar haline geleceğini ve daha iyi denetim yapacaklarını kaydetti.

SSK hastanelerinin devriyle artık sevk sorununun da ortadan kalkacağına işaret eden Akdağ, aile hekimliğinin yaygınlaşmasıyla gereksiz başvuruların ayıklanmış olacağını ve daha nitelikli hizmet verileceğini söyledi. Hastaya doktor seçme hakkının da sağlanacağını vurgulayan Sağlık Bakanı, bir süre sonra Türkiye'nin sağlık alanında rahatlayacağını savundu.

Sağlık Bakanı Prof. Dr. Akdağ, kronikleşmiş sorunların aşılması konusunda çok iyimser bir beklenti

içinde. Bakan, iyimserliğinin aldıkları kararlar ve uygulama sonuçlarına dayandığını kaydediyor. Birkaç gün içinde hastanelerdeki bütün sorunların çözülmesinin, kuytukların ortadan kalkmasının elbette mümkün olmadığını, ancak, uygulama yerleşikçe ve yaygınlaştıkça bu sorunların geride kalacağını belirtiyor.

En ucuz ilaç Türkiye'de

YAMAN TÖRÜNER / MİLLİYET GAZETESİ 06.16.2005

İlaç üreten firmalar esas itibariyle ikiye ayrılıyor.

a) Yıllar süren araştırmalar ve deneyler yaparak ilaç üretenler.

b) Bu üretilen ilaçların patent ömrü dolduktan sonra aynı kimyasal içerikteki benzerini üretilip piyasaya sunanlar.

Birinciler, araştırmaya büyük paralar ayırdıkları için, bunlar "araştırmacı ilaç firmaları" olarak tanımlanıyor. İkinci bölümdekiler ise "jenerik" ilaç üretimi yapıyorlar. Doğal olarak, 15-20 yıl süren patent ömrü bittikten sonra, araştırmacı firmalar da jenerik ilaç üretebiliyorlar.

Araştırmacı ilaç firmaları, bundan yaklaşık bir buçuk yıl önce bir araya gelerek bir dernek kurdular. Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği (AİFD) işte böyle doğdu. AİFD, hem yeni ve orijinal ilaçların hastalarımızın kullanımına verilmesini sağlamak hem de sağlık sektörünün sorunlarına etkili çözümler bulmak için çalışıyor.

Derneğin Başkanı Engin Güner, Sağlık Bakanlığı'nın ne yaptığını bilen kişiler tarafından yönetildiğini, sorunların aşama aşama çözüldüğünü söylüyor ve hastanelerin birleştirilmesi operasyonuna destek veriyor.

Bilindiği gibi, araştırmacı ilaç firmalarından biri olan Roche'un fiyatlandırma yöntemi ile ilgili sıkıntılar ortaya çıkınca, bakanlık, gecikmeksizin yeni tedbirler aldı. Zaten, bu konuda sıkıntı bakanlığın kendisindeydi. Şimdi, orijinal ilaçlar bakımından Türkiye, Avrupa'nın en ucuz orijinal ilacının satıldığı ülke oldu. Çünkü, bakanlık fiyat belirlerken, Avrupa'da söz konusu ilacı en ucuz satan 5 ülkenin fiyat ortalama-



20 milyon çocuğa kızamık aşısı!

Sağlık Bakanı Recep Akdağ, Kızamık Eliminasyon Programı ile yaklaşık 20 milyon çocuğu aşılamış olacağını belirterek, "Bu çalışma, ülkemizde ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa bölgesinde bugüne kadar planlanan en büyük aşı kampanyası olma özelliğini taşımaktadır" dedi. 20 Mayıs'a kadar sürecek olan kampanya nedeniyle Akdağ, "DSÖ'nün, Avrupa bölgesinin 2010 yılına kadar kızamığı kontrol altına alma hedefi çerçevesinde bu hedefe en kısa zamanda ulaşan ülkelerden biri ol-

larını alıyor ve devlet hastanelerine de bu fiyattan ayrıca % 10-15 civarında iskonto yaptırıyor.

Jenerik ilaçlarda da, devlet hastanelerinin alımlarında % 20'ye varan indirimler sağlandı. Ancak, bu ilaçların fiyatları halen Avrupa'dakilerin çok üzerinde bulunuyor. Jenerik ilaçlar, Avrupa'da bizdeki fiyatların beşte biri seviyesinde bulunabiliyor. Şimdi bakanlık,

çalışmalarını bu konuya yönlendirmiş vaziyette. Doğal olarak, hem ilaç fiyatlarının daha da ucuzlaması hem de orijinal ve jenerik ilaç fiyatları arasında denge kurulabilmesi için jenerik ilaçlarda da fiyat indirimi şart. Ama, jenerik ilaçlarda Avrupa'daki seviyelere ulaşacak fiyat indirimi sağlanması şimdilik zor görünüyor. Çünkü, jenerik ilaç üretimi ülkemizde büyük bir sektör ve bu sektörün de lobisi var.

AİFD, fikri mülkiyet haklarının korunmasını savunuyor. Bugün, sermaye ve yeni yatırım sıkıntısı çeken Türkiye'ye yeterli miktarda yabancı sermayenin gelmemesi ve kalıcı yatırımlar gerçekleştirilememesinin başta gelen nedenlerinden biri, fikri mülkiyet haklarının ülkemizde yeterince korunamaması. Fikri mülkiyet hakları korunmadığı zaman, haksız rekabet ortaya çıkıyor. Yeni ve orijinal ilaç ürünlerinin fikri mülkiyet haklarının (patentler, ticari markalar ve tüm ilaç ruhsat verilerinin) etkin olarak korunması, kaliteli bir sağlık hizmeti için şart. Zaten, ilaçta yenilik olmazsa, sağlık sorunlarının çözümünde ilerleme olmaz.

Sağlık Bakanlığı iyi işler yapıyor. Hastanelerin birleştirilmesi nedeniyle doğan sorunlar yavaş yavaş aşıyor. Bakan, önümüzdeki yıl doktorların hastalara iki misli zaman ayırmaya başlayabileceklerini, sorunların üzerine gidildiğini, bürokratik engellerin çoğunun kaldırıldığını söylüyor. İlaçların süresi bitmeden yenilerinin verilmemesi konusunda aldıkları tedbirler de yerinde. Bilgisayarlaşma, eczanelere ulaşmış durumda.

Nihayet, alkışlanacak bir iş ve kişi gördük.



MİTHAT BEREKET: Sağlık Bakanlığı iletişim merkezinde, SABİM' deyiz. Ama ondan önce, bu sefer daha farklı yerden, sağlık sektörü çalışanlarıyla başlayalım. Gerçekten pek çok sorun var ama özellikle doktorların aldıkları ücret, çok çalışma süreleri öne çıkan sorunlardan. Bu sorunları nasıl çözeceksiniz, neler yapıyor bu konuda bize genel olarak bilgi verebilir misiniz lütfen?

PROF. DR. RECEP AKDAĞ: Sayın BEREKET hekimlerimizin ve hatta diğer sağlık çalışanlarımızın aylık kazançları bizim dönemimizde ciddi ölçüde arttı. Şöyle bir yeni yöntem ortaya koyduk biliyorsunuz hekimlerimizin ve sağlık çalışanlarımızın aylık maaşları var bunlara ilaveten kendi çalıştıkları kuruluş içerisinde döner sermayeden, verdikleri hizmetin çapı ile orantılı olarak onlara primler ödüyorum, döner sermaye katkı payları ödüyorum, bu şekilde muayenehanesi olmayan uzman hekimlerimizin döner sermaye katkı primi olarak aldıkları aylık ortalamalar aşağı yukarı 3.000 YTL' ye yaklaşıyor, pratisyen hekimlerimizinki de 1000 - 1500 YTL civarında, tabii maaşları da buna ilave olunuyor. Dolayısıyla söyleyebilirim ki bizim iktidarımız dönemine kadar hiç olmamış bir ilk gerçekleşti ve hekimlerimiz kamuda ciddi paralar kazanmaya başladılar.

MİTHAT BEREKET: Aldığımız bilgilere göre hala ciddi farklar var. Yani bazı hekimler şundan yakınıyorlar, diyorlar ki, ben hastanede hasta görmek istiyorum burada da bakmak istiyorum ama pek çok arkadaşım dışarıda muayenehanesinde veya başka yerlerde özel hastanelerde ameliyat yaptığında daha çok para alabiliyorlar diyor, yani hala sanki aradaki fark bir türlü kapanamıyor bu konuda neler yapmayı düşünüyorsunuz?

PROF. DR. RECEP AKDAĞ: Tabii kamu bütün çalışanlarına verdiğinden daha fazlasını şu anda hekimlere verebiliyor. Ama özel bir hastanede özel şartlarda farklı ortamlarda bunun çok çok üstünde kazananlar yok mu? Olabilir ama genel bir ortalama açısından tekrar ifade etmeliyim ki hekimlerimize biz (ben de hekimim ben de çalıştım) tarihimizde hiç görmediğimiz kadar daha iyi imkânlar verebiliyoruz ücretleri açısından ve şöyle ki iş yapmak, iş üretmek, verimli çalışmak, vatandaşa hizmet etmek kaydıyla.

MİTHAT BEREKET: Burada bir bonus sistemi en azından bir prim sisteminden bahsettiniz bunu biraz açar mısınız çünkü şöyle bir nokta var mesela Amerika'ya bakıyoruz İngiltere'ye bakıyoruz oradaki doktorlar genelde gelen hastaları dışarıda görmek gibi bir ihtiyaçları yok özellikle İngiltere'ye baktığımızda bu son özelleştirme ile birlikte Thatcher zamanındaki doktorlar artık gelen hastaları kabul ediyorlar ve o hastalardan yeni bir gelir hem doktor hem hastane paylaşabiliyor yani sanki belli anlaşmalar yapılıyor. Türkiye'de mümkün mü böyle şeyler yapılabilir mi?

PROF. DR. RECEP AKDAĞ: Şu anda bizim yaptığımız iş aslında bir anlamda hastanenin gelirlerinin önemli bir kısmının hastane çalışanları tarafından bu arada hekimler tarafından da paylaşılmasıydı. Bu aşağı yukarı hastane cirosunun toplam gelirinin 2005 için ifade ediyorum %25-26'sına tekebul ediyor ve biraz önce de ifade ettiğim gibi hem nicelik olarak hem de kalite olarak vatandaşa biz daha çok hizmet sundukça çalışanlar olarak daha çok kazanabiliyoruz. Göreve geldiğimizde uzman hekimlerimizden full time çalışanların oranı %11 civarındaydı, şu anda bu oran %53'e çıktı. Bir kanun yaparak muayenehaneleri kapamadık ama bu verdiğimiz prim sistemiyle özellikle full time çalışanlara daha yüksek ödemeler yapıyoruz ki vatandaşımıza verilen hizmetin niceliği ve niteliği artsın. %11'lerde olan full time çalışma oranı %53'lere çıktı. Yani böylece hekimimiz vatandaşla arasındaki muayenehanede gelişen para ilişkisinden de kurtul-

muş oluyor hem hekimler için güzel, hem vatandaşımız için.

MİTHAT BEREKET: Bir de başka bir nokta daha var, can güvenliği sorunu; son öldürme olayından sonra özellikle ciddi biçimde bunun doktorları kaygılandırıldığını görüyoruz, siz nasıl görüyorsunuz? Yani bunun için neler yapılmalı? Sağlık Bakanlığı olarak doktorların can güvenliği konusunda herhangi bir adım attınız mı, bu konuda yapılacak neler var?

PROF. DR. RECEP AKDAĞ: Elbette hükümetimiz bu özel güvenlik hizmetleri ile ilgili olarak bir düzenleme yaptı, İçişleri Bakanlığımızın bu hususta bir yönetmeliği oldu. Bu çerçevede hastanelerimiz, sağlık kuruluşlarımız özel güvenlik hizmetlerini daha kuvvetli bir biçimde oluşturuyorlar şu anda bu sürecin içerisindeyiz ancak bu işin boyutu kanaatimce hastanenin kendi alacağı, alabileceği güvenlik önlemlerinin biraz ötesine taşıyor. Bir defa biz toplumca buna kamuoyunun içinde değerli basınıımız da dahildir toplumca hekimleri ve beyaz önlüğü suçlamaktan vazgeçmeliyiz. Bu yanlış bir alışkanlık, biraz böyle herkesin sıkıntısını beyaz önlüğe ve hekime yansıtma gibi bir alışkanlığı oldu, belli bir süre içerisinde bu kesinlikle yapılmamalı.

MİTHAT BEREKET: Bu neden oldu mesela bir araştırma yaptık, sosyologlar ve psikologlarla konuştuk, hatta bir manşet programında da bu konuyu ele aldık; şöyle bir tablo çıkıyor, son dönemde o kadar fazla yeni teknolojik gelişmeler oldu, tabii tıp da gelişiyor, işte hayat uzatılıyor bu tip haberler o kadar çok çıktı ki her yıl 5-6 defa kanserin ilacı bulunuyor, her yıl 5-6 defa AIDS'e ilaç bulunuyor, öyle bir beklenti oluşturduk; özellikle parası da olan doktor her şeyi becerir her şeyi yapar beklentisi var bu nasıl kırılır sizce yani ne yapmalı?

PROF. DR. RECEP AKDAĞ: Biz şunu da yapıyoruz sayın BEREKET biz hekimle hastası arasında geçen herhangi bir olayda maalesef basın olarak doğrudan hekimi ve sistemi suçlamaya yöneliyoruz. Bunu yapmamak lazım. Şunu ifade edeyim Sağlık Bakanı olarak ben vatandaşla sağlık hizmeti arasında geçen hiçbir problemi halının altına süpürmemek gibi bir prensip edinmiş durumdayım. Böyle bir olay tırajı en düşük bir gazetede bile çıkmış olsa veya herhangi bir şekilde bize ulaşsa (SABİM'de böyle bir iletişim alanıdır), önemli bir bilgi kaynağı olarak kabul edip o şikâyetleri değerlendiriyoruz. Sonuçta eğer vatandaş haklıysa mutlaka

onun hakkını koruyoruz. Ama biz bunu asla ve asla sağlık sistemini veya sağlıkçının bizzat kendisini, hekimi suçlayarak yapmamalıyız. Bununla çok sık karşılaşıyoruz.

MİTHAT BEREKET: Peki şöyle şikâyetler de duyuyorum, mesela hukuk sisteminde bir sıkıntı var yani doktorlar diyorlar ki, özellikle daha kompleks meselelerle uğraşan doktorlar, bir hasta geliyor mesela uğraşılabilir ama sonunda hasta kurtarılmayabilir o anda çok ciddi anlamda tazminat davaları açılabilir o yüzden doktor diyor ki, ben ciddi anlamda çok büyük bir tazminatla karşı karşıya kalırım diyerek hastayı geri çevirebiliyor. Bazıları da bunu etik anlamda görmeyi ya da ele almamayı ya da ben bunu yapmam demeyi yeğliyorlar, bunlarda bir değiştirme nasıl yapacaksınız?

PROF. DR. RECEP AKDAĞ: Son ceza kanunu yapıldığında böyle bir eğilim başlangıçta biraz oluştu. Ama şu anda bu ortadan kalkmış durumda. Çünkü biz hekimlerimizle eğitim çalışmalarını yaptık, barolarla eğitim çalışmalarını yaptık ve hekimlerimiz gördü ki aslında değişen fazla bir şey yok. Yani bir hekim bir sağlık çalışanı kasten hastasına bir ihmal vesaire de bulunmamışsa ciddi bir sıkıntı yok.

MİTHAT BEREKET: Çünkü gerçekten doktorların ve sağlık çalışanlarının durumunu düzeltmek gerekiyor ki baktığımız zaman hastalar, hastaneler daha mükemmel olsun.

PROF. DR. RECEP AKDAĞ: Buna sonuna kadar katılıyorum.

MİTHAT BEREKET: Sizce ne zaman tam anlamıyla gerçekten hak etikleri değeri alacaklar, hani o mesleklerinin onuruna "siz de bir doktorsunuz" böyle yaraşır bir duruma erişecekler?

PROF. DR. RECEP AKDAĞ: Hakikaten son üç yılda çok ciddi mesafe aldık, bakın biz aile hekimliğine başladık. Düzc'e'de aile hekimlerimiz orada ciddi bir itibar kazandılar ve önemli de paralar kazanıyorlar. Ama şöyle düşünersek yanlış olur. Toplumda bir asgari ücretli 350 YTL kazanırken biz eğer elimize geçen 3.500 YTL'yi küçümsersek bu olmaz. Bu toplumda belli bir ödeme gücü var, meseleyi böyle düşünmek lazım. Biz bugün hem pratisyen hem de uzman hekimlerimize geçmişte hiç olmadığı kadar yüksek ücretler ödüyoruz, onlar da bunu çok iyi biliyorlar ama inşallah ülkenin ekonomisi gelişir ileride çok daha iyi ücretler öderiz.

MİTHAT BEREKET: Bu sizin getirdiğiniz bir çözüm aile hekimliği daha önceki manşet programlarımızda da bahsetmiştiniz, bugün biraz daha açar mısınız? Çünkü bu konuda tabipler odasından çeşitli eleştiriler yükseldi, işte bu daha çok gelişmiş ülkelerde uygulanabilecek bir model, Türkiye'de tutmaz dendi. Son durumda ne aşamadayız ve tam olarak nasıl gidiyor aile hekimliği modeli?

PROF. DR. RECEP AKDAĞ: Bir defa şunu net olarak ifade etmeliyim bunu halkıma karşı bir borç olarak görüyorum. Bu hususta tabip örgütünün davranışı maalesef tamamen ideolojik. Şimdi Türkiye bir Afrika ülkesi değil, Türkiye kişi başına düşen milli geliri 200-300 dolar olan bir ülke de değil. Biz milli geliri artık 5000 dolara dayanmış bir ülkeyiz. Yetişmiş insan gücümüz var. Gerçi hekim sayımız eksik ama hangi sistemi uygularsanız uygulayın hekim sayısı sonuçta eksik vatandaşlara hizmet etmek açısından. Türk halkı aile hekimliğine layıktır ve biz bunu başarabilecek gücteyiz. Dünya örneklerini incelediğimizde de bunu görüyoruz. Aile hekimliğini klasik sağlık ocağı sisteminden ayıran iki üç temel fark var: Birincisi aile hekimine doğrudan bireyle ilgili görevler veriyoruz, toplum sağlığı ile çevre sağlığı ile ilgili görevleri toplum sağlığı merkezleri kurarak orda görev almış olan arkadaşlarımıza veriyoruz. Bir sağlık ocağı hekiminin sırtına biz o kadar çok yük yüklemiştik ki geçmişte, yani bir taraftan kanalizasyonla uğraşacaksınız, çevre sağlığı hizmetlerini yapacaksınız öte taraftan da sorumlu olduğunuz bireyin koruyucu sağlık hizmetleri ile uğraşacaksınız buna bir insanın gücü yetmez yani 1960'lı yıllarda hekime böyle bir rol biçilirdiniz. Süpermen gibi her işi görsün yapsın, artık bunun zamanı geçti. Dolayısıyla, aile hekimleri bireyin sağlığına yönelik hizmetleri veriyorlar, bir ailedeki bireylerin aşılması varsa aşılmasını yapıyor, hamileye takibini yapıyor, bebekse bebek takibini yapıyor, hastaysa hastalığını takip ediyor, bir uzmana gönderiyor hastasını yine takip ediyor. Bu arada kayıtlı hasta sayısı kadar da para kazanıyor, belli bir üst limiti var, hastalarımız, vatandaşlarımız da kayıtlı hasta sayısı yanıltır bir ifade onu düzeltelim kayıtlı birey sayısı kadar çünkü herkesin hasta olması gerekmiyor aile hekimi ile münasebette olmak için. Dolayısıyla kayıtlı birey sayısı kadar da kendi kazancı olduğunda ve vatandaşlarımız da hekimlerini seçme hürriyetine sahip olduklarından arada karşılıklı bir güven, karşılıklı bir saygı ilişkisi oluyor ve vatandaşımız da kesinlikle hekimle arasında bir para ilişkisi girdiğini görmüyor. Tamamen ödemeler devlet tarafından yapılıyor böylece hekimlerimiz bir defa itibar kazanmış oluyorlar, vatandaşlar

düzenli bir kayıt sistemine giriyor, telefonun ucunda kendi hekimim diyebileceği bir hekimi oluyor böyle bir sistem oluşturmuşuz. Bu çok çağdaş bir sistem.

MİTHAT BEREKET: Şu anda nasıl gidiyor biraz bilgi verebilir misiniz, rakamlar veya uygulanan yerler ile ilgili olarak?

PROF. DR. RECEP AKDAĞ: Mithat Bey Düzce'de son üç aydır hasta kayıtlarımızı yapıyoruz. Hakikaten düşündüğümüzden çok daha hızlı gelişti. Hekimlerimiz ve diğer sağlık çalışanlarımız çok daha hızlı motive oldular. Ben Düzce'ye iki defa giderek incelemelerde buldum çok yüz güldürücü sonuçlar var. Yaklaşık bir üç ay kadar daha Düzce'de çalışmalarımıza devam edeceğiz. Sonra muhtemelen 2006'nın ikinci yarısına varmadan 10 ilde daha aile hekimliği çalışmalarımıza başlayacağız.

MİTHAT BEREKET: Bir de tabii herkesin merak ettiği özellikle çalışanların doktorların merak ettiği mecburi hizmet konusu yeniden gündeme geliyor mu? Gelecek mi? Çünkü Doğu Anadolu'ya gitmeyen doktorlar olduğu söyleniyor. Bu konuda sizin düşünceniz ne? Çünkü zamanında bu kadar kutsal bir meslekte mecburi sözü pek bir araya gelmez dediğinizi hatırlıyorum ben, bize de söylemişsiniz. Nasıl görüyorsunuz?

PROF. DR. RECEP AKDAĞ: Biz getirmediğimiz mecburi sözünü. Şimdi 1980'li yıllarda yapılan mecburi hizmet kanunu ülkenin her yeri için 2'şer yıl bir süre öngörmüştü. Yani İzmir'de de 2 yıl çalışıyordunuz efendim, Ardahan'da da 2 yıl çalışıyordunuz. Ayrıca ücretler açısından da bir farklılık öngörmüyordu. Bizim dönemimizde bir müddet sözleşmeli ve yüksek ücretli bir modelle Doğu ve Güneydoğuda kalkınmakta öncelikli olan iller başta olmak üzere hekim sayımızı artırma gayreti içerisine girdik. Nitekim sadece uzmanlar için bir örnek vereyim sayıyı 3300'lerden 5200'lere çıkarabildik bu bölgelerde ama Türkiye'de hekim sayısı az olduğu için biz de bütün hekimlere yalnızca ilk atamaları sırasında eksikliğini çektiğimiz doğu ve güneydoğuyu adres olarak gösterdiğimiz için, bunda da kararlı davrandığımız için bu sefer hekimler kamuda çalışmaya başladılar. Yani arzı düşük bir meslek maalesef biz 52 Avrupa Bölgesi ülke içerisinde hekim sayısı itibarıyla nüfusumuza göre sonuncuyuz. Sayın Bereket, OECD ülkeleri içerisinde de sonuncuyuz. Ben geçen ay Meksika'yı ziyaret ettim. Meksika bizden bir önde, biz sonuncu ülkeyiz hekim sayısı itibarıyla. Dolayısıyla bu sayı artımına rağmen kamuda arzuladığımız verime ulaş-

madık ve yeni bir kanun yaptık bir devlet hizmeti yükümlülüğü getirdik. Bu geçmişle kıyaslanmayacak ölçüde esnek bir takım özellikler içeriyor. Siz eğer Ardahan'da çalışmak isterseniz size 300 gün orada bu hizmeti vermek yeterli oluyor ama bir şekilde eş durumunuz var veya başka bir şekilde İzmir'de çalışacaksanız bu gün sayısı 600'e çıkıyor. Kamuda çalışmak açısından ayrıca bu söylediğim mahrumiyet bölgelerinde çalıştığınızda sözleşmeli statüye geçme suretiyle istediğiniz zaman memurluğa geçme hakkınız baki kalmak üzere size çok yüksek ücretler ödüyoruz.

MİTHAT BEREKET: Teşviklerle bunu sağlamaya çalışıyorsunuz.

PROF. DR. RECEP AKDAĞ: Biz bu bölgelerde insanımıza sağlık hizmeti vermek zorundayız. Yani siz her hastayı işte Ardahan'da doktor yok diye oradan alıp Erzurum'a getiremezsiniz veya Erzurum'daki hastayı da alıp Ankara'ya getiremezsiniz, Türkiye yıllardır bu sıkıntıyı yaşıyor.

MİTHAT BEREKET: O zaman mecburi hizmet yok. Böyle bir şey gündemde yok ama teşviklerle biraz daha bu işi çekici hale getirmek var diyorsunuz.

PROF. DR. RECEP AKDAĞ: Şöyle söyleyelim bir devlet hizmeti yükümlülüğü var. Kanun yaptık bu on aylık veya 300 günlük çalışmayı (o bölgeler açısından söylüyorum) yapmadıkça hekimliğinizi yapamıyorsunuz. Böyle bir kanun yaptık biz. Bunu yapmak zorundayız ama. Başka türlü çözülüyor.

MİTHAT BEREKET: Peki burada tabii özellikle doktorların mesleki anlamda kalitesi de önemli. Mesela bazı şikayetler var özellikle bu doçentlik sınavları için artık eskisi gibi mesela cerrahlar konusunda hani ameliyatla yapılmıyor, artık dosya geliyor, sözlü sınav yapılıyor ve daha doğrusu hani belki de bir sezeryan yapmayı bile doğru dürüst beceremeyen doktorlar cerrah oluyorlar, cerrahi doçent oluyorlar gibi bazı eleştiriler var. Buna bakıyor musunuz? Nasıl?

PROF. DR. RECEP AKDAĞ: Şunu ifade edeyim tabii uzmanları sadece biz yetiştirmiyoruz, üniversitelerimiz yetiştiriyor bizler de araştırma eğitim hastanelerimizde yetiştiriyoruz. Şunu özellikle ifade edeyim, Türk hekimlerinin bilgi ve becerileri bugün Avrupalı meslektaşlardan veya ABD gibi gelişmiş ülkelerdeki meslektaşlardan kesinlikle geri değil. Türkiye'de hekimlerimiz gayet iyi yetiştiriyorlar, çok da mü-

kemmel bir hizmet veriyorlar. Bunu yurtdışına giden orada ameliyat yapan hasta takip eden hekimlerimizden de biliyoruz. Dolayısıyla daha iyi yetişemez mi? Elbette iyinin iyisi olabilir ancak kıyasladığımız zaman Türk hekimleri diğer Avrupalı meslektaşlardan gelişmiş ülkelerdeki meslektaşlardan asla geri değiller. Bunu rahatça söyleyebiliriz.

MİTHAT BEREKET: Bu doçentlik sınavı için yapılan uygulamalı metodun kaldırıldığı yolundaki eleştiriler var?

PROF. DR. RECEP AKDAĞ: Şöyle bir kişi doçent oluncaya kadar eğer cerrahsa siz cerrah örneği verdiğiniz için söylüyorum, yüzlerce ameliyat yapıyor. Onlarca, bazen yüzlerce yayın yapıyor dolayısıyla bu hususta vatandaşımızın hiçbir tereddüdü olmamalıdır.

MİTHAT BEREKET: Hastalara gelirsek, şimdi her şeyden önce bu merkezi, burasını bize biraz anlatır mısınız? Yani bu ALO 184 SABİM hattı. Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi ne görev yapıyor? Ne kadar zamandır var ve nasıl çalışıyor biraz bilgi verebilir misiniz bize?

PROF. DR. RECEP AKDAĞ: Sayın BEREKET bu merkez hakikaten ülkenin bugün yüz aklarından biridir. SABİM'i biz 2004 yılının başlarında oluşturmaya başladık. O gün yeni doğmuş bir bebek gibiydi, yaklaşık 5 arkadaşla başlattığımız bir hizmetti. Bugün içinde bulunduğumuz mekanda 24 saat hizmet veren 52 tane operatörümüz var. Tabii şifillerle çalışıyorlar onlar, yer değiştirerek ve bu arkadaşlarımız 24 saat görevlerinin başında. Vatandaşlarımızdan gerek bilgi amaçlı, gerek bir sıkıntılarının çözülmesi amaçlı, gerek şikâyet amaçlı, gerek teşekkür amaçlı motive edici geri bildirimleri alıyorlar bunları çözümlüyorlar ve gereğini yerine getiriyorlar. Ocak 2004 ile Kasım 2005 sonu itibarıyla aşağı yukarı 23 aydır bu işi yapmış oluyor, 23 ay içerisinde 650.000 toplam çağrıya cevap vermişiz, yani bu merkez vatandaşlarımız tarafından 2 senede 650.000 defa aranmış.

MİTHAT BEREKET: Tabloda görüyorum mesela sadece bugün toplam çağrı adedi 1469 diyor. Demek ki günlük 1500'e yakın çağrı geliyor buraya.

PROF. DR. RECEP AKDAĞ: Bunlardan 380.000'i hemen şifai olarak cevaplanabilmiş arkadaşlarımızın bilgi ve tecrübeleri çerçevesinde, 271.000'i takibe alınmış ve 310.000 civarında da geriye dönüş yapılmış bu takibe alınan vakalardan,

aynı vakalarda mükerrer geriye dönüşler de olabilmekte. Genellikle vatandaşlarımız bilgi alma amaçlı başvuruyorlar %85 civarında ama bir şikayeti olanlar %5'i buluyor aşağı yukarı %5 de bir talebi olanlar var. Arzu ederseniz 1-2 tane çok enteresan örnek vermek isterim size

MİTHAT BEREKET: Ne tür talepler geliyor, daha çok neleri merak ediyorlar ya da nelerden şikayet ediyorlar?

PROF DR. RECEP AKDAĞ: Şunu da söyleyeyim burası arandığında illerle ilgili, hastanelerle ilgili çözülmesi gereken şahsi bir problem varsa bütün bu merkezlerimizde birebir SABİM meselelerini çözümleyici, takip edici görevli arkadaşlarımız var. İl sağlık müdür yardımcuları, hastanelerde de bir başhekim yardımcısı, bu arkadaşlarımız meseleyi alıyorlar, değerlendiriyorlar, çözüyorlar, geriye dönüyorlar.

MİTHAT BEREKET: Yönlendiriyorsunuz yani, mesela diyelim ki bir rahatsızlığı var arayanın ve ne yapacağını bilmiyor.

PROF DR. RECEP AKDAĞ: Örnekler aslında çok 1-2 örnek vereyim size. Mesela Ş. M. hanımefendi 44 yaşında 11 Nisan 2005'te Ankara'dan merkezimizi arıyor, diyor ki "hastaneler-

de bizden kimlik ve karne fotokopisi talep ediliyor." SABİM derhal ilgili hastaneye telefonla erişerek bu husustaki başbakanlık genelgesini ifade ediyor ve sorunu çözüyor.

MİTHAT BEREKET: Buna gerek yok mu başbakanlık genelgesine göre?

PROF DR. RECEP AKDAĞ: Bunlara gerek yok. Bunları çözdük aslında ama tabii bir takım alışkanlıkların terk edilmesi zaman alıyor. Ş. M. hanım 14 Nisan tarihinde kendisi bizzat geriye dönüp arıyor ve teşekkür ediyor. Bu problemle ilgili olduğundan dolayı. Mesela burada Kıbrıs Gazisi olan E. A. 52 yaşında. 25 Mayıs 2005'te İstanbul'dan arıyor ve diyor ki: "Ben Gaziosmanpaşa Semt Polikliniği'ne gittim ama beni muayene etmediler." Aynı gün ilgili mevzuatı araştırarak SABİM durum tespiti yapıyor. Hastaneye vakayla birlikte bu bilgiyi de iletiyor. Çünkü bunlara mevzuat dahilinde bakılması lazım ücretsiz olarak. İlgili Başhekim Yardımcısı O. A. kişiyi arıyor. 14 Haziran tarihinde hastaneye davet ederek görüşüyor ve yine aynı gün kişi yani sayın E. A. SABİM'i arayıp teşekkürlerini bildiriyor. E. G. 60 yaşında erkek. 9 Ağustos 2005'te Ankara'dan arıyor diyor ki " İbni Sina hastanesinde tedavi gören bir hastam var ve kanser ilacı bulamıyoruz" ismi de var burada ilacın aynı gün SABİM çözümleyicisi Pınar CEYLAN ithalatçı firmanın yöneticisi Gülçin BORAN ile görüşüyor. Bunlar hep kayıtlı bilgisayarlarda ilacın ithalinde bir sorun olduğunu öğreniyor. Hasta için gerekli miktar ilacın temin edilmesini sağlıyor, ayrıca ilacın 1 hafta sonra tüm piyasaya sunulması sağlıyor. Böylece yani kişiden çıkarak o aksayan meselenin toplum açısından çözülmesi sağlanıyor.

MİTHAT BEREKET: Mesela şu anda sorular gelmeye devam ediyor size biz demin anons yaptık. S. Ş.'nin bir sorusu var. Mali imkansızlıkları olanlar ne yapsınlar, nereye başvursunlar, ne yapmalılar? Mesela Sağlık Bakanı olarak nasıl yönlendirirsiniz. Yani sizi izleyen mali imkansızlıkları olanlar?

PROF DR. RECEP AKDAĞ: Buldukları yerde kaymakamlıklara veya il valiliklerine müracaat ediyorlar. Sosyal yardımlaşma dayanışma fonları için ve kendileri için yeşil kart çıkarılabilecekse yeşil kart çıkarılıyor, değilse de yine fonlardan yardımcı olunuyor. Ama acil bir problemleri varsa Allah korusun yani işte kaza geçirmişti yahut ne bileyim gecenin yarısında çocuğu asla susmuyordu, ağlıyordu, yüksek ateşi vardır, doğrudan hastaneye gidecekler ve hizmetlerini alacaklar.



Biliyorsunuz hükümet olarak böyle bir uygulamamız da var, yani acil başvurularda vatandaşımızdan herhangi bir kayıt, evrak, para aranmaksızın önce vatandaşımızın işi yapılıyor acil ihtiyacı görülüyor.

MİTHAT BEREKET: ALO 184'ün bu tip acil vakalara bakma durumu var mı, yani mesela acil bir durum olsa ona hemen müdahale edebiliyorlar mı 24 saat olduğu için?

PROF. DR. RECEP AKDAĞ: Yani şöyle eğer hastaneye bizi götürmelerini arzu ediyorsak orda biliyorsunuz 112'yi arıyorsunuz. Atma siz hastaneye gittiniz yoksulsunuz. Veya orda işte biraz önce söylediğimiz gibi uygulama problemleri ile karşılaştınız (dediler ki kardeşim bakamayız evrak getir veya işte para getirmezsen biz ilgilenmiyoruz seninle) SABİM'i ararsanız mutlaka meseleniz çözülür.

MİTHAT BEREKET: Bir başka soru, bu aile hekimliği ile ilgili Y. Y. soruyor. Tamamı ne zaman olacak yani bütün Türkiye'yi kapsar hale ne zaman gelecek? Bu konudaki vizyonunuz nedir?

PROF. DR. RECEP AKDAĞ: 2007 içerisinde bütün ülkeye yaygınlaştırmaya başlayacağız. Belki 2007'de tamamen oturmamış olabilir. 2008 içerisinde de bütün ülkede yaygınlaşmış olacak ama yaygınlaştırma çalışmalarımıza 2007'de başlıyoruz.

MİTHAT BEREKET: 2007'den sonra ne zaman bütün Türkiye'ye yayılır sizce?

PROF. DR. RECEP AKDAĞ: 2007 ve 2008'de iki yıl içerisinde tamamen oturtmayı hedefliyoruz.

MİTHAT BEREKET: Şenol YILDIZ mesela aynı konuda diyor ki aile hekimliği neden sadece çalışan personeli kapsıyor yani Sağlık Bakanlığı sağlık personelinin kapsamıyor, böyle bir sorusu var. Tam olarak ben de anlamadım ama ne demek istediğini.

PROF. DR. RECEP AKDAĞ: Aile hekimliği 7'den 70'e bütün vatandaşlarımızı içine alan bir sistem hiç kimseyi ayırt etmiyoruz.

MİTHAT BEREKET: Başka neler var ilginç vakalar? Ben onu merak ediyorum mesela çözülemeyen sorunlar neler?

PROF. DR. RECEP AKDAĞ: Şimdi burada enteresan bir şey söyleyeceğim F. A. 8 Ağustos 2005 Yozgat'tan arıyor. Şimdi meselelerin hepsi doğrudan Sağlık Bakanlığı'nın meseleleri de değil. Eşinin kesilen bacağına takılacak protez için yardıma ihtiyaçları olduğunu bildiriyor. Bu normalde Sağlık Bakanlığı'nın işi değil taktır edersiniz. SABİM çözümleyicimiz aynı gün Sosyal Yardımlaşma Vakfından bir hanımefendi ile görüşüyor. Gerekli miktarın bir bölümünü temin ediyor ama demek ki hepsini temin edememişler. 9 Ağustos'ta yani 1 gün sonra SABİM çözümleyicimiz Pınar CEYLAN Hanım bu da bir dernekle görüşüyor, bu konularda yardımcı olan bir dernekle görüşüyor ve hastanın yakınına dernege yönlendiriyor. Aynı gün gerekli bedelin batünü temin ediliyor. Yani bir anlamda kimsesizlerin kimsesi olan, sıkıntısı olan herkesin başvurabileceği bir merkez olarak çalışıyoruz. Bugün siz kaç dediniz, rakamı siz görüyorsunuz ben görmedim bu 1500 kişi bu merkeze müracaat etmiş ki çok ciddi bir sayı bu.

MİTHAT BEREKET: Ben tekrar ekrana bakıyorum SABİM'deyiz. Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezindeyiz ve yaklaşık son 10 dakikadır SABİM'i konuşmaya başladıktan sonra 1450'lerdeydi genel toplam çağrı şu anda 1650 olmuş. Yani yaklaşık 200 tane telefon gelmiş ve 9 tane 10 tane de beklemede. Çok ilginç vakalar olduğunu söylüyordunuz yani peki çözemedikleriniz ya da yetişemedikleriniz oluyor mu?

PROF. DR. RECEP AKDAĞ: Mutlaka oluyor tabii. Detayları arkadaşlardan almak lazım ben size çok kısa iki örnek daha verebilir miyim? Örneğin 25 Ekim 2005'te N. S. A'nın Ankara'dan yakınları arıyor. N. S. A. 9 yaşında. Diyorlar ki "Bilinci kapalı, teşhis edilemeyen bir hastalığı var, acil yoğun bakıma ihtiyacı var, yer bulamıyoruz" SABİM Ankara'daki tüm hastanelerle ve SABİM çözümleyici başhekim yardımcılarını ile görüşüyor saat 12:10'da Dışkapı Çocuk Hastanesi yoğun bakım ünitesinde uygun yatağı buluyor, hastanın yatırılmasını sağlıyor.

MİTHAT BEREKET: Bu çok rastlanan bir sıkıntı, ciddi olarak oda, yok yani hastalar oda bulamıyorlar. O zaman yardımcı oluyoruz diyorsunuz.

PROF. DR. RECEP AKDAĞ: N. Y. Haziran ayında Zonguldak Devlet Hastanesi'nden arayıp bir doktor için diyor ki: "Bana bağırarak saygısız konuştu, kötü muamelede bulundu" Hastane başhekim yardımcısı vatandaşı bize bıraktığı

televizyon arayarak ulaşıyor randevulaşüyor. Yüz yüze görüşüyor, şikâyetini alıyor. Vatandaş doktorun sadece uyanılmasını talep ettiğini bildiriyor. "Bana böyle kaba davrandı ama başkalarına lütfen böyle davranmasın." Başhekim yardımcısı ilgili doktor ile görüşüyor, uyarıyor. Vatandaşı tekrar arayıp bilgilendiriyor. Vatandaş geriye dönüp SABİM'e teşekkür ediyor.

MİTHAT BEREKET Burada başka bir konuya geçelim hemen. Vaktimiz kısıtlı çünkü. İlaç konusu şimdi ucuz ilaç çok önemli duruma gelmiş halde siz de buna önem veriyorsunuz SSK'nın giderlerinin %50'sinin ilaca gittiği söyleniyor ve bir fabrikası var SSK'nın ama bunun kapatılması isteniyor. Neden bu isteniyor? Çünkü bakıyoruz 22 tane jenerik ilaç üretiyor, yeni jenerik ilaç üretmek istiyorlar fakat ruhsat verilmiyor, Sağlık Bakanlığından kaynaklanıyor deniyor. 35


milyon SSK'lının 1 yıllık ilacının %10'unu karşılayan bir fabrika olduğu söyleniyor neden kapatılmasını düşünüyorsunuz?

PROF. DR. RECEP AKDAĞ: İşte bu son söylenen deniyor dediniz ya bu son söylenenin aslı astarı yok. Bakın SSK'nın ilaç fabrikasının geçtiğimiz yıl 2004 yılında ürettiği ve SSK'ya verdiği bütün ilaçların toplam bedeli 14 trilyon TL. Türkiye'de yılda 7-8 katrilyon ilaç harcaması yapıyoruz. Bu ilaçların piyasadaki eşdeğerleri 11 trilyon TL. O hastanenin giderlerini katmıyoruz. Yani bunu da katımız mı zaten piyasadaki ilaç değeri ile aşağı yukarı aynı, dolayısıyla bu fabrika öyle söylendiği gibi stratejik önemi olan, çok fazla ilaç üreten bir fabrika falan kesinlikle değil. Tamam zamanında güzel bir hizmet yapmış, şimdi de yapabilir isterse. SSK bunu yine üretebilir ama yani aslında konuşulmaya çok da değer bulmuyorum. Çünkü söylediğim gibi piyasa değerleri aşağı yukarı aynı olan eşdeğer ilaçlar üretiliyor ve biz kamunun bu çeşit üretim yapmasından yana değiliz biliyorsunuz. Özelleştirme yapıyoruz, birçok şeyi dolayısıyla ilacı nasıl ucuzlaştıracağımıza bakmak lazım. Sayın BEREKET, bizim dönemimizde hükümet olarak Maliye Bakanımızla birlikte yaptığımız çalışığımız ve sonuçta kararnameyi biz sevk ediyoruz. Bakanlar Kuruluna hükümet olarak yaptığımız bir kararname ile yılda 1 milyar dolar civarında bir ilaç tasarrufu yapduk. Bugün Türkiye Avrupa'nın en ucuz ilaçlarını satıyor.

MİTHAT BEREKET: Hemen birkaç soru var çok az vaktimiz kaldı ama mesela diyor ki izleyicilerimiz "Sevk konusu emeklileri çok zorluyor. SSK sistemine sevk konusunda ne zaman geçilecek?" diye bir soru var.

PROF. DR. RECEP AKDAĞ: Aslında soruyu tam algılayamadım ama biz şunu amaçlıyoruz: Mümkün mertebe özellikle aile hekimliği kuruluncaya kadar sevkle ilgili işlemler basitleştirilsin. Bu sadece Sağlık Bakanlığımızla ilgili bir konu da değil. Maliye Bakanlığımızı, Emekli Sandığını, Bağ-kur'u ve SSK'yı da ilgilendiriyor. Ortak bir kurallar manzumesi oluşturmaya çalışıyoruz birlikte, hep beraber olabildiğince kolaylaşsın birçok hususu da kolaylaştırdık.

MİTHAT BEREKET: Son olarak doktorların döner sermayeden pay almasında hala sorunlar var bunlar nasıl çözülecek diye sorular var çok fazla sorular var bu konuda.



SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM SÜRTÜYOR...


SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM SÜRTÜYOR... Bu süreçte 'Sağlıkta Dönüşüm Sürtüyor' adında bir kampanya başlatılmıştır. Bu kampanya kapsamında vatandaşlarımızın Sağlık Bakanlığına ulaşarak sağlık sorunlarını bildirebileceği ve bu sorunların çözülmesi için çalışmaları hızlandıracağı belirtilmiştir. Ayrıca, Sağlık Bakanlığı tarafından düzenlenen 'ALO 184' hizmetinin de bu süreçte aktif rol oynayacağı vurgulanmıştır. Bu hizmet sayesinde vatandaşlarımızın sağlık sorunlarını 7/24 saat bildirebileceği ve bu sorunların çözülmesi için çalışmaları hızlandıracağı belirtilmiştir.

Sağlığınızla ilgili her konuda
7 gün 24 saat sizi dinliyor,
bilgilendiriyor, yönlendiriyoruz.


ALO 184

Sağlığınız kadar beklenti ve
şikâyetlerinizi de önemsiyoruz.
Sağlığa hoş geldiniz.

www.saglik.gov.tr



Sağlıkta Dönüşüm
Sağlıkta Birlikte



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI "Her Kese Sağlık"

PROF. DR. RECEP AKDAG: Özellikle son iki ay geri ödemeler konusunda biraz sıkıntı çektik yani geri ödeme kurumları, sigorta kurumları geri ödeme konusunda birazcık yavaş davrandılar ama bunu görüştük aramızda da şu anda çözmek üzereyiz. Bu ay ciddi bir para geliyor. İnşallah eksik kalanları da ödeyeceğiz.

MİTHAT BEREKET: Çok kısa rica edeceğim bütün bu sorunları konuştuk ama şu anda sizin için en ciddi sorun hani çözemediğiniz hala uğraşıyoruz dediğiniz sorun, en çok önem verdiğiniz sorun hangisi?

PROF. DR. RECEP AKDAG: En çok önem verdiğim sorun orta vadede ülkenin sağlık geleceğini ilgilendirmesi açısından Türkiye'deki hekim sayısının yetersizliğidir. Bu konu hem tabip örgütleri tarafından hem üniversitelerimiz tarafından ciddiye ele alınmalıdır. Bu işin şakaya gelir tarafı yok. Ben Sağlık Bakanlığını yapıyorum, yarın bu işi başka arkadaşlarımız yapacak. Bu sorumluluğu başka insanlar omuzlarına alacak ama çocuklarımızın geleceği için bu ülkede mutlaka hekim sayısını artırmalıyız. Sayın BEREKET Yunanistan'da -nüfusla kıyaslayarak konuşuyorum- Türkiye'nin 3 misli hekim var, Küba'da 6 misli hekim var, OECD ortalaması Türkiye'nin 2 misli hekim var, biz bunun sıkıntısını çok çekiyoruz. Vatandaşımız açısından da şunu ifade etmek isterim. Lütfen şunu bilsinler ki biz hükümet olarak sonuna kadar onların hizmeti için siyaset yapıyoruz aksayan şeyler olabilir ama düne dönüp baktıklarında hep beraber 3 sene içerisinde ne kadar mesafe aldığımızı görüyoruz. Dolayısıyla aksayan bir takım hususlar için asla boyunlarını bükmesinler, kimseyle kavga da etmesinler, bize ulaşsınlar. Biz onların yanındayız.