



2012

Faaliyet Raporu



**Strateji Geliştirme
Başkanlığı**



Bakan Sunuşu





Sağlık Bakanlığımız, kurulduğu tarihten bugüne vatandaşlarımızın hastalıklardan korunması, hastalananların iyileştirilmesi ve sağlığının geliştirilmesi için ülke kaynaklarını seferber ederek sağlıklı yaşama hakkından herkesin faydalanmasına çalışmaktadır.

İhtiyaç duyulan insan kaynaklarının geliştirilmesi, yetiştirilmesi, sağlık tesislerinin kurulması, işletilmesi, bulaşıcı hastalıklarla mücadele edilmesi, koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması konularında Sağlık Bakanlığı'nın planlama, uygulama ve denetim işlevlerinde son yıllarda önemli ilerlemeler kaydedildiğini hepimiz biliyoruz.

Vatandaşlarımızın sağlık hizmetleri ihtiyaçları açısından sosyal güvence altına alındığı ve sağlık hizmetlerinden memnuniyetin ciddi ölçüde arttığı bu yeni dönemde hem bu uygulamaların sürdürülebilirliğini sağlamak hem de kaliteyi düşürmeden eksiklerimizi tamamlayarak yola devam etmek en önemli hedeflerimiz arasındadır.

Bu dönemde; istikrar, kararlılık, ortak aklı kullanma, bilimsel ve pratik tecrübeye önem verme ulaştığımız başarının sürdürülmesi anlamında rehberimiz olacak hususlardır. Sağlığın iyileştirilmesinde ve geliştirilmesinde, bundan sonra da istikrarlı bir biçimde sürdürülebilir kılınmasında en önemli güvencemiz, başta hekimlerimiz olmak üzere bütün sağlık çalışanlarımızın samimi çabaları ve fedakârlıklarıdır.

Yurdumuzun dört bir yanında sağlık hizmeti sunan bu vefakâr ve fedakâr sağlık çalışanlarına, Bakanlığımızca yürütülen faaliyetlerin değerlendirilmesi ve resmi belgeye dönüştürülmesinde emeği geçen herkese şükranlarımı sunuyorum.

Bu vesile ile Bakanlığımızca yürütülen faaliyetlerle ilgili olarak kamuoyunun bilgilendirilmesi için önemli bir belge olan 2012 yılı Faaliyet Raporu'nun amacına ulaşmasını diliyorum.

Dr. Mehmet MÜEZZİNOĞLU

Sağlık Bakanı



Üst Yönetici Sunuşu



Sağlık sistemimizin 2002 yılı sonunda içinde bulunduğu durum, hizmet sunumundan finansmanına, insan gücünden bilgi sistemine kadar ilgili birçok alanda köklü değişikliklere gidilmesini gerekli kılmaktaydı.

Bu amaçla 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamaya konuldu. Program, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirmesi başta olmak üzere geçmiş birikim ve tecrübelerden, yakın dönemde yürütülen sağlık reformu çalışmalarından ve dünyadaki başarılı örneklerden ilham alınarak hazırlandı.

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

Ülkemizde gerçekleşen kamu yönetimindeki kabuk değişikliklerinin en önemli yanı çağdaş yönetim prensiplerine dayanan, iş üretenlere güvenen ve daha fazla sorumluluk veren, klasik teftiş mantığından uzaklaşarak iç kontrol ve denetimi kuvvetlendiren yönetim modeline geçiş ve stratejik planlar ve hedefler zemininde hareket etmektir.

Kamu kaynaklarını stratejik önceliklere göre ve rasyonel bir şekilde dağıtmak, kamu kaynağı kullananların daha fazla sorumluluk üstlenmeleri, yürütülen faaliyetlerin ve sunulan hizmetlerin sonuçlarını izlemek, değerlendirmek ve hesap verilebilir bir yönetim anlayışıyla raporlamak, Kamu Mali Yönetimi ve Kontrolünün temel unsurları arasında yer almaktadır.

Bakanlığımızın 2012 yılı Faaliyet Raporu, kurumda gerçekleştirilen faaliyetleri içeren kapsamlı bir rapor olmakla birlikte etkin hesap verme sorumluluğu ve kapsadığı döneme ilişkin bilgileri ve açıklamaları da içermektedir. Mali disiplin, mali saydamlık, hesap verme sorumluluğu, stratejik planlama ve performans esaslı bütçeleme gibi kavramların bir gerekliliği ve sonucu olarak hazırlanan yıllık faaliyet raporlarımız, kurumsal iletişimin en önemli araçlarından olup yapılan işleri tarihe not düşme açısından da önemli bir belge mahiyeti taşımaktadır.

Bakanlığımızın titizlikle yürüttüğü faaliyetlerine ve bu faaliyetlerin sonuçlarına ilişkin 2012 yılı Faaliyet Raporu'nu kamuoyumuz ve diğer paydaşlara faydalı olması dileği ile sizlerle paylaşıyoruz. Sağlıkta Dönüşüm Programının başarısında katkısı olan tüm personelimize ve raporun hazırlanmasında emeği geçenlere teşekkür ederim.

Prof. Dr. Nihat TOSUN

Müsteşar



İçindekiler

Bakan Sunuşu

3

Üst Yönetici Sunuşu

5

Grafikler

8

Tablolar, Şekiller

9

Vizyon ve Misyon

12

Temel İlke ve Değerler

13

Yetki, Görev ve Sorumluluklar

14

GENEL BİLGİLER

1. Fiziksel Yapı	18
2. Teşkilat Yapısı	20
3. Bilgi ve Teknolojik Kaynaklar	23
4. İnsan Kaynakları	34
5. Sunulan Hizmetler	39
6. Yönetim ve İç Kontrol Sistemi	46

Bölüm I

AMAÇ VE HEDEFLER

A. Amaç ve Hedefler	50
B. Temel Politikalar ve Öncelikler	55

Bölüm II

Bölüm III

FAALİYETLERE İLİŞKİN BİLGİ VE DEĞERLENDİRMELER

1. Mali Bilgiler	62
2. Performans Bilgileri	
A. Koruyucu ve Temel Sağlık Hizmetleri	70
B. Teşhis ve Tedavi Hizmetleri	95
C. İlaç ve Eczacılık	103
D. Sağlık Hizmet Planlaması	105
E. Sınır Ötesi Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Birliği	108
F. Sağlıkta Stratejik Yönetim	113

KURUMSAL KABİLİYET VE KAPASİTENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

A. Güçlü Yönler	120
B. Zayıf Yönler	121
C. Fırsatlar	122
D. Tehditler	123

Bölüm IV

ÖNERİ VE TEDBİRLER

124

EKLER

125



Grafikler

Grafik 1	Avrupa ve Türkiye’de Yüz Bin Kişiyeye Düşen Hekim Sayısı, (2012)	35
Grafik 2	Avrupa ve Türkiye’de Yüz Bin Kişiyeye Düşen Pratisyen Hekim Sayısı, (2012)	35
Grafik 3	Avrupa ve Türkiye’de Yüz Bin Kişiyeye Düşen Uzman Hekim Sayısı, (2012)	36
Grafik 4	Avrupa ve Türkiye’de Yüz Bin Kişiyeye Düşen Diş Hekimi Sayısı, (2012)	36
Grafik 5	Avrupa ve Türkiye’de Yüz Bin Kişiyeye Düşen Eczacı Sayısı, (2012)	37
Grafik 6	Avrupa ve Türkiye’de Yüz Bin Kişiyeye Düşen Ebe ve Hemşire Sayısı, (2012)	37
Grafik 7	Sağlık Bakanlığı Personel Sayısındaki Net Değişim	38
Grafik 8	Ön Mali Kontrole Tabî Tutulmuş Dosyaların Oransal Dağılımı, (2012)	47
Grafik 9	Sağlık Bakanlığı Finansmanının GSYİH İçerisindeki Payı, (% , 2002-2012)	65
Grafik 10	Yıllar İtibarıyla Sağlık Harcamaları, (2002-2012)	67
Grafik 11	Koruyucu ve Temel Sağlık Hizmetleri İçin Kullanılan Kaynak, (2012 Yılı Fiyatlarıyla-milyon ₺) ..	70
Grafik 12	Türkiye’de Hastanelerde Yapılan Doğum Oranı, (2012), (%)	73
Grafik 13	Anne Ölüm Oranlarının Uluslararası Karşılaştırması, (Yüz Bin Canlı Doğumda)	74
Grafik 14	Bebek Dostu Hastane Sayısı	75
Grafik 15	Yenidoğan Yoğun Bakım Yatak Sayıları	77
Grafik 16	Türkiye’de Yıllara Göre Bebek Ölüm Hızı, (binde)	77
Grafik 17	Yıllar İtibarıyla Aşılama Oranları, (%)	78
Grafik 18	(DaBT+IPA+Hib) Aşılama Oranlarının Uluslararası Karşılaştırması, (%), (2002, 2010)	79
Grafik 19	15 Yaş ve Üzeri Nüfusun Her Gün Tütün ve Tütün Mamülü Kullanım Oranı, (%)	86
Grafik 20	Obez Bireylerin Cinsiyete Göre Uluslararası Karşılaştırması, (2010)	88
Grafik 21	Sabit Protez Sayısı (bin), Dolgu Sayısı (bin), Kanal Tedavi Sayısı (bin)	94
Grafik 22	Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, Diş Hastanesi Sayısı, Sağlık Bakanlığında Çalışan Diş Hekimi Sayısı, (2012)	95
Grafik 23	Türkiye’de Yıllara Göre Sağlık Kuruluşunda Kişi Başı Hekime Müracaat Sayısı	96
Grafik 24	Organ Nakli Sayıları, (2012)	101
Grafik 25	Kamu İlaç Tüketimi ve Harcamalarındaki Değişim, (%)	104
Grafik 26	İnşaat, Donanım ve Taşıt Alımı Harcamaları, (2012 Yılı Fiyatlarıyla - milyon ₺)	106
Grafik 27	Sağlık Yatırımlarının Toplam Kapalı Alanı, (milyon m ²)	107

Tablolar, Şekiller

Tablo 1	Bakanlık Merkez Birimleri ve Bağlı Kuruluşlarının Hizmet Binaları ve Adresleri, (2012)	18
Tablo 2	Bakanlığımız Sağlık Hizmet Kuruluşları Sayısı, (2012)	19
Tablo 3	Sağlık Personel Sayıları, Tüm Sektörler, Türkiye, (2012)	34
Tablo 4	Ödenek ve Harcama Gerçekleşmeleri, (₺, 2012)	62
Tablo 5	Ödenek ve Harcamaların Ekonomik Sınıflandırmaya Göre Dağılımı, (₺, 2012)	63
Tablo 6	Sağlık Bakanlığı Global Bütçe Tahakkuk, Global Bütçe ve Terkin Rakamları, (milyon ₺, 2004-2012)	64
Tablo 7	Sağlık Bakanlığı Finansmanının GSYİH İçerisindeki Payı, (₺, 2002-2012)	65
Tablo 8	Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarca Hizmet Sunumu için Yapılan Harcamalar, (₺, 2012) ...	66
Tablo 9	Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlar için Merkezi Yönetim Bütçesinden Ayrılan Pay, (₺, 2012) ..	66
Tablo 10	Yerli Sıtma Vaka Sayısı ve Morbidite Hızları	81
Tablo 11	Tüm Yaş Gruplarında Beden Kitle İndeksi Yüzdeleri, (2010)	87
Tablo 12	Ambulanların Hasta Taşıma Sayısı, (2012)	90
Tablo 13	Türkiye’de Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelerde Toplam Muayene Sayısı, (milyon)	95
Tablo 14	Türkiye’de Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanede Kişi Başı Muayene Sayısı	96
Tablo 15	Türkiye’de Yıllara ve Sektörlere Göre Yatan Hasta Sayısı	96
Tablo 16	Türkiye’de Yıllara ve Sektörlere Göre Toplam Ameliyat Sayıları	97
Tablo 17	Türkiye’de Yıllara Göre Yataklı Tedavi Kurumlarında Cihaz Sayıları, Tüm Sektörlerde	97
Tablo 18	Sağlık Yatırımları, Sağlık Tesisi Sayısı	107
Tablo 19	Bakan Düzeyinde Ziyaret Edilen Ülkeler	109
Tablo 20	Bakan Düzeyinde Ülkemize Yapılan Ziyaretler	109
Tablo 21	Ülkemizde Eğitim Verilen Yabancı Sağlık Personeli	110
Tablo 22	Ülkemizde Ücretsiz Tedavi Edilen Yabancı Hastalar	111
Tablo 23	Teknik ve İnsani Yardımlar	112

Şekil 1	İzleme ve Değerlendirme Çerçevesi, (WHO 2010)	115
Şekil 2	İzleme ve Değerlendirme Süreci	117



Genel Bilgiler

Bölüm I

Genel Bilgiler



Vizyon

Vizyon

“Sağlıklı hayat tarzının benimsendiği ve herkesin sağlık hakkına kolayca eriştiği TÜRKİYE”

Misyon

Misyon

“İnsan merkezli yaklaşımla birey ve toplum sağlığını en üst düzeyde korumak, sağlık sorunlarına zamanında, uygun ve etkili çözümleri sunmak”







C. Yetki, Görev ve Sorumluluklar

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası Madde 56:

“Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet herkesin hayatını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi arttırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir.”

663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname:

Amaç ve kapsam

MADDE 1- (1) Bu Kanun Hükmünde Kararnamenin amacı; Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarının teşkilat, görev, yetki ve sorumluluklarını düzenlemektir.

Görevler

MADDE 2- (1) Bakanlığın görevi; herkesin bedenî, zihnî ve sosyal bakımdan tam bir iyilik hâli içinde hayatını sürdürmesini sağlamaktır.

Bu kapsamda Bakanlık;

- a) Halk sağlığının korunması ve geliştirilmesi, hastalık risklerinin azaltılması ve önlenmesi,
- b) Teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin yürütülmesi,
- c) Uluslararası önemi haiz halk sağlığı risklerinin ülkeye girmesinin önlenmesi,
- ç) Sağlık eğitimi ve araştırma faaliyetlerinin geliştirilmesi,
- d) Sağlık hizmetlerinde kullanılan ilaçlar, özel ürünler, ulusal ve uluslararası kontrole tâbi maddeler, ilaç üretiminde kullanılan etken ve yardımcı maddeler, kozmetikler ve tıbbî cihazların güvenli ve kaliteli bir şekilde piyasada bulunması, halka ulaştırılması ve fiyatlarının belirlenmesi,

- e) İnsan gücünde ve maddî kaynaklarda tasarruf sağlamak ve verimi arttırmak, sağlık insan gücünün ülke sathında dengeli dağılımını sağlamak ve bütün paydaşlar arasında işbirliğini gerçekleştirmek suretiyle yurt sathında eşit, kaliteli ve verimli hizmet sunumunun sağlanması,
- f) Kamu ve özel hukuk tüzel kişileri ile gerçek kişiler tarafından açılacak sağlık kuruluşlarının ülke sathında planlanması ve yaygınlaştırılması ile ilgili olarak sağlık sistemini yönetir ve politikaları belirler.



Bakanlık bu amaçla;

a) Strateji ve hedefleri belirler, planlama, düzenleme ve koordinasyon yapar.

b) Uluslararası ve sektörler arası işbirliği yapar.

c) Rehberlik, izleme, değerlendirme, teşvik, yönlendirme ve denetleme yapar, müeyyide uygular.

ç) Acil durum ve afet hallerinde sağlık hizmetlerini planlar ve yürütür.

d) Bölgesel farklılıkları gidermeye ve herkesin sağlık hizmetine erişimini sağlamaya yönelik tedbirler alır.

e) İlgili kurum ve kuruluşların insan sağlığını doğrudan ve dolaylı olarak etkileyen faktörler ve sosyal belirleyicilerle ilgili uygulamalarına ve düzenlemelerine yön verir, bunu teminen gerekli bildirimleri yapar, görüş bildirir ve müeyyide uygular.

f) Görevin ve hizmetin gerektirdiği her türlü tedbiri alır.

g) İlaç fiyatlarının belirlenmesine ilişkin usûl ve esaslar Bakanlığın teklifi üzerine Bakanlar Kurulunca belirlenir.

Sağlık Bakanlığı görev alanlarına ilişkin diğer mevzuatlar:

- 209 Sayılı Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun
- 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun
- 560 Sayılı Gıdaların Üretimi, Tüketimi ve Denetlenmesine Dair Kanun Hükmünde Kararname
- 1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun
- 1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu
- 2238 Sayılı Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanun
- 3224 Sayılı Türk Diş Hekimleri Birliği Kanunu
- 3294 Sayılı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu
- 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu
- 3816 Sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılması Hakkında Kanun
- 4207 Sayılı Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun
- 4734 Sayılı Kamu İhale Kanunu
- 5179 Sayılı Gıdaların Üretimi, Tüketimi ve Denetlenmesine Dair Kanun Hükmünde Kararnamenin Değiştirilerek Kabulü Hakkında Kanun
- 5193 Sayılı Optisyenlik Hakkında Kanun
- 5258 Sayılı Aile Hekimliği Kanunu
- 5324 Sayılı Kozmetik Kanunu
- 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu
- 5624 Sayılı Kan ve Kan Ürünleri Kanunu
- 6023 Sayılı Türk Tabipler Birliği Kanunu
- 6197 Sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun
- 6283 Sayılı Hemşirelik Kanunu
- 6643 Sayılı Türk Eczacılar Birliği Kanunu
- 7183 Sayılı Verem Savaşı Hakkında Kanun
- 7402 Sayılı Sıtmanın İmhası Hakkında Kanun



1- Fiziksel Yapı

Bakanlığımız birimlerinin ve Bağlı Kuruluşlarının hizmet binaları ve adresleri Tablo 1 'de yer almaktadır.

► **Tablo 1:** Bakanlık Merkez Birimleri ve Bağlı Kuruluşlarının Hizmet Binaları ve Adresleri, (2012)

BİRİMİN ADI	HİZMET ADRESİ
Özel Kalem Müdürlüğü	Mithatpaşa Caddesi No:3 Sıhhiye/Ankara
Basın ve Halkla İlişkiler Müşavirliği	Mithatpaşa Caddesi No:3 Sıhhiye/Ankara
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü	Mithatpaşa Caddesi No:3 Sıhhiye/Ankara
Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü	Mithatpaşa Caddesi No:3 Sıhhiye/Ankara
Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü	Prof.Dr.Nusret Fişek Cad. No:41 K Blok Sıhhiye/Ankara
Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü	Mithatpaşa Caddesi No:3 Sıhhiye/Ankara
Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü	Cumhuriyet Mahallesi Sakarya Caddesi Bayındır 1 Sokak No:13 Kızılay/Ankara
Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü	Ceyhun Atuf Kansu Caddesi No:102 Balgat/Ankara
Dış İlişkiler ve Avrupa Birliği Genel Müdürlüğü	Kültür Mh. İçel Sk. No: 2 Kızılay/Ankara
Hukuk Müşavirliği	Mahmut Esat Bozkurt Caddesi Umut Sok.No:19 Kurtuluş/Ankara
Denetim Hizmetleri Başkanlığı	İstanbul Caddesi No:52 Ulus/Ankara
Strateji Geliştirme Başkanlığı	Ceyhun Atuf Kansu Caddesi No:102 Balgat/Ankara
Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü	Mithatpaşa Caddesi No:3 Sıhhiye/Ankara
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu	Nasuh Akar Mh. Ziyabey Cad.1407. Sk. No:4 Balgat/Ankara
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu	Prof.Dr. Nusret Fişek Cad. No:41 Sıhhiye/Ankara
Türkiye İlaç ve Tıbbî Cihaz Kurumu	Söğütözü Mahallesi 2176 Sokak No:5 Çankaya/Ankara
Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü	Kemankeş Cad. Karamustafapaşa Sk.No:21 Beyoğlu/İstanbul

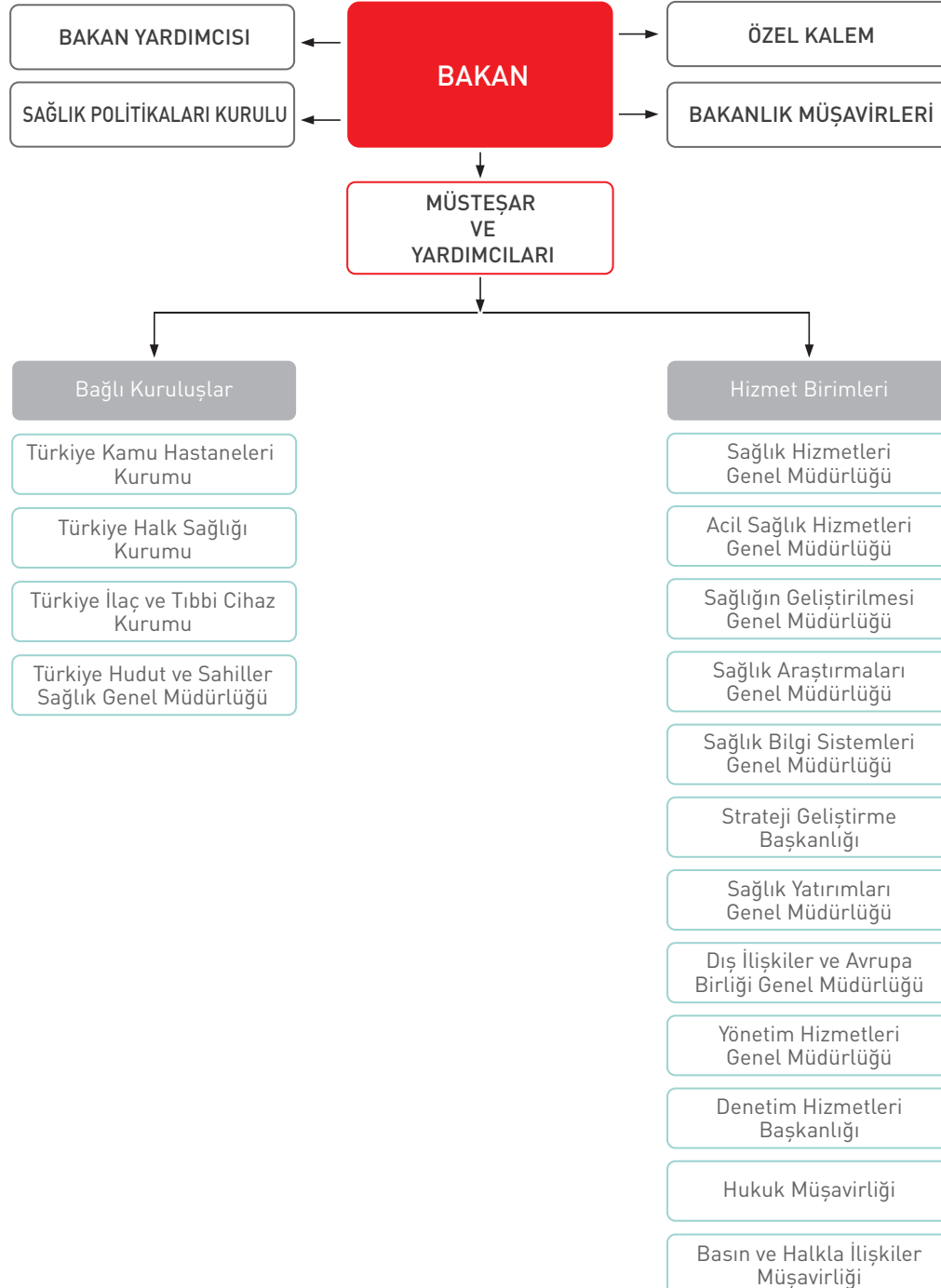
► **Tablo 2:** Bakanlığımız Sağlık Hizmet Kuruluşları Sayısı, (2012)

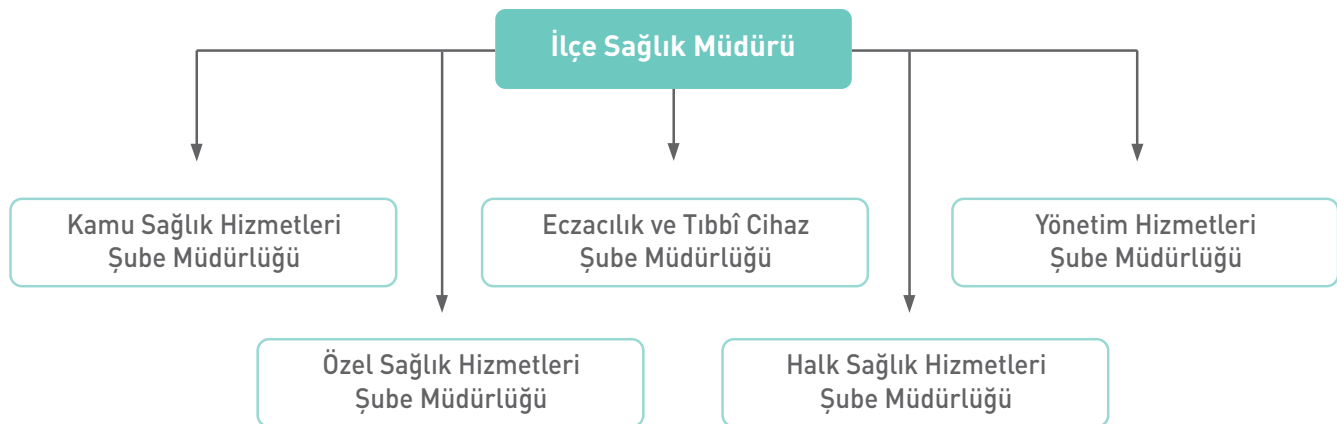
HİZMET VEREN SAĞLIK KURULUŞLARI	2012
Hastane Sayısı	844
Ağız Diş Sağlığı Merkezi/Hastanesi	129
Semt Polikliniği	148
Aile Sağlığı Merkezi	6.717
Toplum Sağlığı Merkezi	957
Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi	189
Verem Savaş Dispanseri	179
Sağlık Evi (Aktif Çalışan)	5.695
112 Acil Yardım İstasyonu	1.863
Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM)	124
Sıtma Savaş Birimi	39
Halk Sağlığı Laboratuvarı	83
Hava Limanı Sağlık Denetleme Merkezi	10
Sahil Sağlık Denetleme Merkezi (Aktif Çalışan)	350

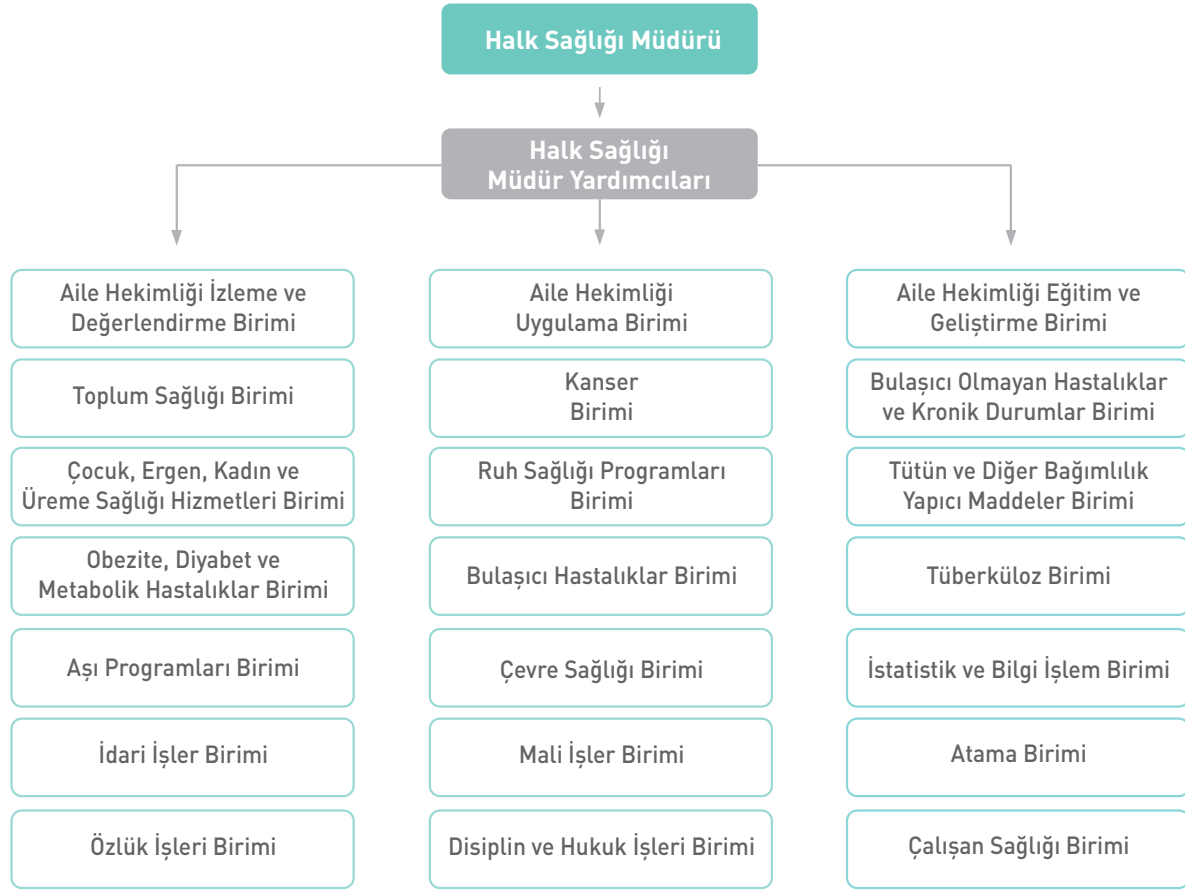


2- Teşkilat Yapısı

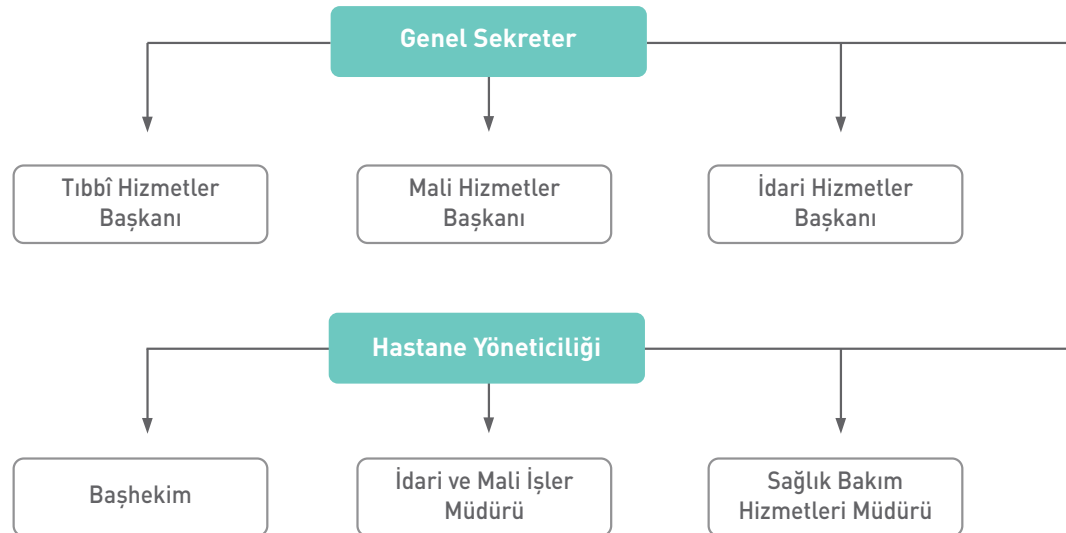
Sağlık Bakanlığı; Merkez Teşkilatı, Taşra Teşkilatı ve Bağlı Kuruluşlardan oluşmaktadır.







Kamu Hastane Birliği Genel Sekreterliği



3- Bilgi ve Teknolojik Kaynaklar

1. Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi (USBS)

USBS, vatandaşlarımızın sağlık bilgilerine bireysel olarak ulaşabilecekleri bir altyapıya sahiptir. Kayıtlar, doğum öncesinden başlayıp hayatın tüm evrelerini kapsamaktadır. Sistem tüm ülkeyi kapsayan hızlı bir iletişim omurgasına sahip olup tıbbî görüntü transferine de imkân sağlamaktadır. Öte yandan bu sistemle sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşların insan gücü, taşınır, taşınmaz, idari ve mali verilerini de kayıt altına almak mümkündür.

e-Sağlık Projelerinin temel amaçları şu şekilde özetlenebilir:

- Sağlık veri standardizasyonunun sağlanması
- Veri analiz desteği ve karar destek sistemleri oluşturulması
- e-Sağlık paydaşları arasında veri akışının hızlandırılması
- Elektronik kişisel sağlık kayıtlarının oluşturulması
- Kaynak tasarrufunun sağlanması ve verimliliğin artırılması
- Bilimsel çalışmalara destek verilmesi
- e-Sağlık kavramının ulusal anlamda benimsenmesinin hızlandırılması

2. Türkiye’de e-Sağlık Uygulamaları

A. Sağlık-NET

Sağlık-NET, sağlık kurum ve kuruluşlarında elektronik ortamda üretilen verileri standartlara uygun şekilde toplayan, entegre, güvenli, hızlı, genişleyebilen bilgi ve iletişim platformudur. Sağlık-NET, toplanan bu verilerden tüm paydaşlar için bilgiler üretir. Diğer bir ifadeyle tüm vatandaşlarımızın kişisel sağlık verilerinin merkezi bir yapıda kayıt altına alındığı bir sağlık veri bankacılığı modelidir. Tüm sağlık hizmetlerinde verim ve kaliteyi arttırmayı hedeflemektedir.

Sağlık-NET, sağlık sektöründe sorunların ve önceliklerin belirlenmesinde, önlemlerin alınmasında, sektör kaynaklarının ve yatırımların planlanmasında, sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin değerlendirilmesinde yeterli düzeyde veri toplar ve bunları işler.

Sağlık-NET, 3 ana bileşenden oluşmaktadır. Bunlar; Ulusal Sağlık Veri Standartları (USVS), Sağlık Kodlama Referans Sözlüğü (SKRS) ve web servisleridir.



Sağlık-NET'in alt yapısının temel özellikleri şunlardır:

- Sağlık kurumlarındaki farklı yazılımlardan standart veri transferi yapabilir.
- Hastalık yüküne, sağlık harcamalarına, demografik analizlere, gerekli ve yeterli bilgiye ulaşılabilen karar destek sistemi vardır.
- Uluslararası kurumlarla (DSÖ, EUROSTAT, OECD) paylaşılan göstergeleri takip eder ve raporlar.
- Mevzuat çerçevesinde uluslararası veri değişimi sağlar.
- Vatandaşın sağlık kayıtlarına ulaşmasına ve yönetmesine imkân sağlar.
- Erken uyarı sistemleriyle bilgiye hızla erişir.

A.1. Ulusal Sağlık Veri Standartları (USVS)

Küreselleşen dünyada bilginin öneminin giderek artması bilgiyi doğru bir şekilde elde etme ihtiyacını arttırdı. Özellikle sağlık bilişimi alanında pek çok uluslararası standart geliştirilmektedir. Bu standartlar; verinin tanımlanması, aktarılması, saklanması, mahremiyetinin korunması ve analiz edilmesi aşamalarında nasıl bir yöntem izleneceği konusunda kurallar getirmektedir.

İlk iş olarak veri standardizasyonu için USVS geliştirme çalışmalarına başladık.

Bir sağlık bilgi sistemi kurmadan önce toplanacak veriler tanımlanmalıdır. Standardize edilmiş bir yapı, veri toplama kalitesini arttıracak, tekrarlı ve hatalı verileri azaltacak, toplanan verinin amacına uygun kullanılmasını sağlayacaktır. Bu yapı ile verilerde kavram birliği sağlanacak; bütünlük, doğruluk, güvenilirlik ve tutarlılık daha üst seviyelere çıkacaktır.

USVS analiz çalışmalarında çeşitli sağlık bilgi sistemlerini analiz ettik. Hangi birimin hangi verileri ürettiği, karar mekanizmasında hangi bilgilere ihtiyaç duyulduğunu inceledik. DSÖ, EUROSTAT ve OECD için hazırlanan istatistikleri değerlendirdik.

USVS'nin en önemli fonksiyonu “karşılıklı işlerlik” temeli oluşturmaktır. Bu nedenle sözlüğe yeni veri elemanı dâhil ederken şu hususları göz önünde bulundurduk:

- Politika geliştirme, izleme, değerlendirme, denetleme, istatistik, analiz ve raporlama amaçlı kullanılıp kullanılmayacağı
- Herhangi bir bilginin elde edilmesinde yararı olup olmadığı
- Hasta dosyasında bulunması gereken bir veri olup olmadığı
- Hasta dosyasında yer alması gerekse de hekimin elektronik ortamda hızlı bir şekilde ulaşması gereken veri olup olmadığı
- Sözlükte yer alacak verinin, hekim tarafından bilgi sistemine girilmesini ve kaydedilmesini gerektiren veri olup olmadığı

USVS verilerin ulusal ve uluslararası standartlara uygun olarak tanımlandığı, tüm sağlık bilgi sistemlerinin referans olarak kullandığı, ilgili paydaşlar arasında terminoloji birliği sağlanan standartlar kümesidir.

Sağlık hizmetini planlayan ve sunan, hizmet sunumunda tedarikçi konumunda olan, bu hizmetten yararlanan, hizmet bedelini ödeyen tüm paydaşlar ile sağlık sektörüne insan gücü yetiştiren eğitim kurumlarının ihtiyaçlarını göz önünde bulunduran planlamalar yaptık. Tüm paydaşlarla yaptığımız analiz çalışmaları neticesinde Ulusal Sağlık Veri Standartları'nı (USVS) yayımladık.

USVS'nin 1.1 sürümünün 261 adet veri elemanı, 46 adet veri seti ve 41 adet veri paketi tanımladık. Veri elemanının tanımı yapılırken kavramsal ve teknik açıklamaları bir arada verdik. Her bir veri elemanının kavramsal olarak ne anlama geldiğini ve hangi özelliklere sahip olması gerektiğini tüm detaylarıyla ifade ettik.

USVS 1.1'in kapsamını genişleterek sağlık bilişim sektörünün değişen ve gelişen ihtiyaçlarına göre güncelledik. Mart 2012'de USVS 2.0 taslak sürümünü ilgililerin görüşlerini almak üzere yayımladık. Bu taslak sürüm, 400'den fazla veri elemanı ve 60'tan fazla veri setini barındırmaktadır.

A.2. Sağlık Kodlama Referans Sözlüğü (SKRS)

Sağlık Kodlama Referans Sözlüğü (SKRS), sağlık bilgi sistemi standartlarını ve kodlama sistemlerini bir araya getiren, bunları açık teknolojilerle (XML web servisleriyle) paylaşan, kolayca güncelleyen referans ve paylaşım sistemidir.

SKRS'nin amaçları şunlardır:

- Sağlık bilişiminde kullanılan tüm kodlama ve sınıflama sistemlerini bir araya getirerek sistemin izlenebilir, ölçülebilir ve daha kolay yönetilebilir bir yapıya kavuşturulmasına katkı sağlamak
- Kamu sağlık kurumlarında ve özel sağlık kurumlarında kullanılan bilgi sistemlerinde ortak bir kodlama standardı oluşturmak
- Veri alışverişinde yaşanan veri uyumsuzluğunu ortadan kaldırmak ve birlikte çalışılabilir bir zemin sağlamak

SKRS içerisinde yer alan bazı standartlar şunlardır:

- Tanı sınıflama sistemi (ICD-10)
- İlaç kodları
- Klinik kodları
- Sağlık kurumu kodları
- Muhtemel teşhis kriterleri
- Aşı kodları



A.3. Web Servisleri

Sağlık-NET projesinin diğer bileşeni, sahadan veri toplama amacıyla kullanılan ve USVS’de tanımlanan “gönderim şemaları” için ayrı ayrı açılmış web servisleridir. Bu servislerin amacı veriyi üretildiği yerden toplamak ve Sağlık-NET veri tabanına aktarmaktır.

Gerekli iletişimi HL7 standartlarında geliştirdik. Tüm dünyada HL7 V.3’e yoğun bir ilgi ve geçiş çabası gözlenmektedir.

B. Tele-Tıp

Tele-Tıp, sağlık hizmetlerinin uzaktan sunulmasıdır. Tele-Tıp; radyoloji, patoloji, biyokimya ve elektrokardiyografi (EKG) gibi hizmet sunumlarının bilgi ve iletişim teknolojileri aracılığı ile konusunda uzman sağlık kurumlarınca verilmesidir.

Tele-Tıp Projesi’nin amaçları şunlardır:

- Hastayla ilgili tıbbî görüntülemelerin ve bilgilerin ortak bir elektronik alanda toplanması
- Sadece ilgili hekimlerin incelemesi ve raporlaması için güvenli ve hızlı bir elektronik ortamın oluşturulması
- İşlemlerin dijital ortama taşınarak filmsiz ve kâğıtsız hastane oluşturulması
- Uzaktan sağlık bakım hizmeti sunumunda bilgi ve iletişim teknolojilerinden yararlanılması

- Konsültasyon yapılabilmesi
- Hekimler arasında bilgi ve deneyim paylaşımının sağlanması
- Doğru ve hızlı tanı konulması
- Hasta değerlendirmelerinde kalitenin artırılması
- Hastane maliyetlerinin azaltılması ve verimliliğin artırılması
- Hasta memnuniyetinin artırılması

Tıbbî görüntüler, DICOM (Digital Imaging and Communications in Medicine) standardına uygun olarak SB-Net üzerinden Bakanlık tarafından yetkilendirilmiş görüntü veri merkezine gelmektedir. Görüntü veri merkezine gelen görüntüler raporlama merkezindeki radyoloji uzmanlarınca raporlanmaktadır. Bu raporlar, Tele-Tıp veri tabanına kaydedilmektedir. Görüntü veya raporlara ihtiyaç duyan doktor veya sağlık kurumu, yetkisi çerçevesinde bunlara erişebilmektedir. Proje kapsamında başta eğitim ve araştırma hastanelerimiz olmak üzere 300’den fazla hastanemizde PACS (Görüntü Arşivleme ve İletişim Sistemleri) kurulması ile film basım ve arşivlemede önemli tasarruf sağladık. Böylelikle “kâğıtsız hastane”ye doğru önemli adımlar attık.

C. Elektronik Sağlık Kayıtları (ESK)

Elektronik Sağlık Kayıtları (ESK), vatandaşın sağlık verilerinin sağlık kuruluşlarında tutulduğu ve belirli kriterlerle SB-Net üzerinden paylaşılabilen güvenli bir bilgi sistemidir. ESK, demografik bilgilerden muayeneye, kronik hastalıklardan bağışıklamaya kadar çok geniş bir yelpazeyi kapsamaktadır.

Vatandaşlar ve doktorlar, ESK projesinde başlangıçta aşağıdaki kayıtlara ulaşabilecekler:

- Muayeneler
- Reçeteler
- Bebek ve çocuk izlemleri
- 15-49 yaş kadın izlemleri
- Gebe izlemleri
- Lohusa izlemleri

Bununla beraber sistemde vatandaşın bilgilerini girebileceği alanlar bulunacak. Vatandaş, yapmış olduğu ölçümleri kayıt edebilecek ve istenirse bu bilgileri aile hekimi veya hastayı takip eden diğer doktorlar görebilecek. Uygulama web tabanlı, mobil ve web servisleri ile hizmet verecektir.

3. Kurumsal Kaynak Planlama Sistemleri

Kurumsal Kaynak Planlama Sistemleri; kaynakların verimli kullanımını, planlanmasını, yönetimini sağlayan ve veriler ışığında bunları analiz eden sistemlerdir.

Kurumsal Kaynak Planlama Sistemi, Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi (ÇKYS)'ni kullanmaktadır. ÇKYS personel, taşınır ve kurumlarımız ile diğer sağlık kurumlarının izlenmesi için geliştirilen bir sistemdir.

Şu bileşenlerden oluşmaktadır:

A. İnsan Kaynakları Yönetim Sistemi (İKYS)

B. Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemi (MKYS)

A. İnsan Kaynakları Yönetim Sistemi (İKYS)

İKYS, Bakanlık merkez ve taşra teşkilatındaki personel işlemlerini doğru, hızlı ve yürürlükteki mevzuata uygun olarak yürütülmesinde kullanılır. Sistem; atama, sicil, terfi, maaş ve tahakkuk gibi personel özlük işlemlerinin tümünü içerir. Ayrıca pek çok işlemde postadaki zaman kayıplarını engelledik. Örneğin; bu sistem sayesinde açıktan personel atama işlemleri toplu olarak yapılabilir. Bu atamalara dair tebligat dokümanları Elektronik Belge Yönetim Sistemi (EBYS)'nde otomatik olarak oluşturulabilir.



81 il sağlık müdürlüğü ve binlerce kurum, bu atamaları İKYS üzerinden anında görebilmektedir.

İKYS’de, Devlet Hizmet Yükümlülüğü (DHY) uygulamasına ilişkin tüm hesaplamaları tüm yetkili kullanıcılara açık olarak gerçekleştirmektediriz.

Bu sistem sayesinde, kaynak planlama süreçlerine il sağlık müdürlüklerinin de katılımını sağladık. Artık il sağlık müdürlükleri; “personel planlama ve talep formu” aracılığıyla mevcut bina, tesis, cihaz, nüfus gibi parametreleri göz önüne alarak talepte bulunmaktadır.

ÇKYS’deki verilerle özet tablolar oluşturularak ve Karar Destek Sistemi (KDS)’ne de aktararak çeşitli raporlar üretilmektedir.

B. Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemi (MKYS)

Bakanlığımıza bağlı tüm kurumların depolarındaki malzemelerin takibini, taşınırların fiyatlarının izlenmesini, ihtiyaç fazlasının tespitini ve demirbaşların zimmet takibini (İKYS ile entegre bir şekilde) gerçekleştiren sistemdir. Envanter Bilgi Sistemi, Malzeme Girişi, Ambar (Depo) Bilgi Sistemi, Dayanıklı Taşınır (Demirbaş) Bilgi Sistemi, Ulaşım Araçları Bilgi Sistemi, Tıbbî Cihaz Bilgi Sistemi, Bakım Onarım Bilgi Sistemi ve Firma Bilgi Sistemi gibi alt bileşenlerden oluşmaktadır.

MKYS’den, Türkiye’de hangi hastanede hangi ürünün stok fazlası olduğu tüm kullanıcılar tarafından izlenebilmektedir. Hastaneler, yeni bir ürün almak için ihaleye çıkacakları zaman öncelikle bu stok fazlalarını sorgulamakta ve ihtiyacı olan ürünleri satın almak yerine stok fazlası bildiren diğer hastanedeki ürünleri talep edebilmektedir. Bu sayede gereksiz alımların ve israfın önüne geçtik. Ayrıca tüm harcama birimlerince bir ürünün hangi fiyattan alındığı, miktarları ile birlikte izlenmektedir. Böylece aynı veya benzer ürünlerin satın alımlarındaki fiyat farklarını rahatlıkla karşılaştırabilmekteyiz.

MKYS verileri ile özet tablolar oluşturularak her gün Karar Destek Sistemi (KDS)’ne aktarılmakta, çeşitli raporlar üretilmektedir.

Ayrıca, MKYS’ye Hastane Bilgi Sistemleri’nden de veri aktarımı yapılabilmektedir.

MKYS, 2007 yılından beri aktif olarak kullanılmaktadır. Bu sistem, Türkiye’nin ve dünyanın sayılı büyük elektronik malzeme depolarındandır.

4. Karar Destek Sistemleri (KDS)

KDS; planlamalarda, stratejilerin belirlenmesinde ve kritik yönetim kararlarının alınmasında verilerin kullanılmasını sağlamak amacıyla oluşturulan sistematik bir yapıdır. Yönetimin karar verme sürecinde kullanacağı verilerin toplanmasını, depolanmasını, analiz edilmesini ve bu verilere kolay erişilebilmesini sağlar.

Örneğin, illere göre uzman hekim başına düşen nüfus, hem sayısal hem de grafiksel olarak gösterilmekte ve branş bazında uzman hekim açığı bulunan illerimiz kolaylıkla görülebilmektedir.

Bu sistemle, Bakanlık olarak verileri elektronik ortamda, doğrudan üretildiği yerden, standartlara uygun şekilde toplamayı ve her seviyeden kullanıcıya KDS-Coğrafi Bilgi Sistemi (CBS) ile raporlamayı hedeflemekteyiz. Örneğin, il sağlık müdürü kendi ilinde, Halk Sağlığı Kurumu Başkanı yurt genelinde aile sağlığı merkezlerinde teşhis edilen bulaşıcı hastalık sayılarındaki değişimi anlık olarak harita üzerinde görebilecek ve gerekli tedbirlerin alınmasını sağlayabilecektir.

Karar destek raporlarının Coğrafi Bilgi Sistemi ile bütünleşik olarak kullanılması, başta bulaşıcı ve salgın hastalıklar olmak üzere birçok alanda erken uyarı sistemi fonksiyonu görecektir. Yöneticilere daha kolay ve doğru kararlar almalarında sayısız fayda sağlayacak olan KDS-CBS entegrasyonunu 2013'ün sonunda tamamlayacağız.

5. Diğer Uygulamalar

A. Elektronik Belge Yönetim Sistemi (EBYS)

Bakanlığımız merkez teşkilatında belge ve bilgi alışverişinin elektronik ortama aktarılmasını ve internet üzerinden bu bilgilerin anlık olarak yönetilmesini sağlamak üzere EBYS'yi kurduk.

Bu sistem ile kurum içi ve kurum dışı yazışmalarımıza ait süreçleri standart hâle getirdik. Yazışmalar için harcanan kaynakları (kâğıt, fotokopi, toner, insan gücü) asgariye indirdik. Taşra teşkilatımızın tamamında EBYS kurulmasına dair proje planımız hazır olup 2013 yılı sonunda kurumlarımız arasındaki yazışmaların tümüyle elektronik ortamda sürdürülmesini sağlamış olacağız.

EBYS içerisinde elektronik arşivleme de yapabilmekteyiz. Sağlanan en büyük fayda zaman tasarrufudur. Sistem içerisinde belge akışlarına dair çeşitli raporlar yer almaktadır.



B. Güvenli Elektronik İmza

Bakanlığımız merkez teşkilatında belge ve bilgi alışverişinin elektronik ortamda sürdürülmesi, belgelerin internet üzerinden anlık olarak iletilmesi ve yönetilmesi için Elektronik Belge Yönetim Sistemi'nde Güvenli Elektronik İmza entegrasyonu sağladık. Bakanlık merkez teşkilatı ve bağlı kuruluşlarda imza yetkisine sahip tüm çalışanlarımıza e-imza tedarik edilmektedir. e-imza edindirme ve kullanıcı alışkanlığı oluşturma süreçlerinin tamamlanmasını müteakip 2013 yılı sonunda kağıt üzerinde yazışmalara son vermeyi ve mobil imza entegrasyonunu planladık.

C. Ulusal Özürlüler Veri Bankası

Özürlüler Veri Bankası, tüm özürlü vatandaşlarımızla ilgili bilgilerin tek elde toplanmasını ve bu bilgilerin veri tabanına kaydedilerek çeşitli raporlar sunulmasını sağlayan bir uygulamadır. Bu raporlar, özür derecesini belirlemekte ve buna paralel olarak özürlü vatandaşlarımızın sahip oldukları haklara erişimlerinin kolaylaştırılmasında etkin rol oynamaktadır.

Elde edilen bilgiler ayrıca web servisleri yoluyla Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı bünyesindeki Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü ile paylaşılmaktadır. İlgili kanunla özürlü sağlık kurulu raporu vermeye yetkili tüm hastaneler proje kapsamında yer almaktadır.

D. Yatırım Takip Sistemi (YTS)

Yatırım Takip Sistemi (YTS) Bakanlığımızın mali kaynaklarının ihtiyaca göre planlanması, birimler arasında dağıtılması, kullanılması ve takip edilmesini amaçlayan bir sistemdir. Sistem; Yatırım Bilgi Sistemi, Bina Bilgi Sistemi ve Doğrudan Temin Usulü alt modüllerinden oluşmaktadır.

Bu sistem sayesinde yapılan yatırımları, yatırım tekliflerini, inşaat seviyeleri, bina onarımları ve yapı, tesis revize işlemlerini takip ediyoruz. Yatırım Bilgi Sistemi aracılığıyla herhangi bir taşınmazı, ihaleden bitiş aşamasına kadar, hatta bitiş sonrasında da takip etmekteyiz. Gayri menkul yatırımlarına ilaveten binaların yangın söndürme sistemleri gibi sivil savunma altyapılarını da kayıt altına aldık.

Bina Bilgi Sistemi'nde Bakanlığımız kurumlarına ait binaların ili, bina adı, bina yaşı, depreme dayanıklılık testi sonucu gibi bilgiler bulunmaktadır. Sistem sayesinde, binaların fiziksel özelliklerini, sahiplik bilgilerini ve lojman bilgilerini de takip etmekteyiz.

E. Özel Sağlık Kuruluşları Bilgi Yönetim Sistemi (SKYS)

Özel Sağlık Kuruluşları Bilgi Yönetim Sistemi (SKYS), Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünce ruhsatlandırılan özel sağlık kuruluşlarının takip edildiği sistemdir. Bu sistem ile özel sağlık kuruluşlarının kimlik, ruhsat, cihaz, ambulans, donanım, laboratuvar, personel, iletişim ve hizmet kapasite dağılımı gibi bilgilerinin çevrim içi izlenebilmesini sağladık. SKYS, diğer ÇKYS bileşenleriyle de entegre olarak çalışmaktadır. Örneğin, bir özel hastanenin doktorlarının kaydı, SKYS aracılığıyla yapılmak zorundadır ve bu esnada da Doktor Bilgi Bankası aracılığıyla doğrulama işlemleri otomatik olarak gerçekleştirilmektedir.

Sistemle özel hastanelerin, dal merkezlerinin, tıp merkezlerinin, polikliniklerin, optik müesseselerin, muayenahanelerin, ortez-protez ve işitme uygulama merkezlerinin, laboratuvar ve benzeri kuruluşların takibini yapıyoruz.

F. Doktor Bilgi Bankası (DBB)

Doktor Bilgi Bankası, Türkiye'deki tüm hekimlerin kısa kimlik ve eğitim bilgilerini içerir. Hekimlerin şahsi bilgilerini görebilmesi ve kurumların da bu bilgilere yasal çerçevede içinde elektronik ortamda ulaşabilmesini ve bu bilgilerin web servisleri aracılığıyla paylaşılmasını sağlar.



Kurum Odaklı Projeler	Hizmet Odaklı Projeler	Sağlık Bilişimi Standartları
Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi (ÇKYS)	Sağlık Net	Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü (USVS)
Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemi (MKYS)	Tele-tıp	Sağlık-Net
İnsan Kaynakları Yönetim Sistemi (İKYS)	Elektronik Sağlık Kayıtları (ESK)	Minimum Sağlık Veri Setleri (MSVS)
Karar Destek Sistemi (KDS)	Merkezi Hastane Randevu Sistemi (MHRS) Alo 182	Sağlık Kodlama Referans Sunucusu (SKRS)
Elektronik Belge Yönetim Sistemi (EBYS)	E-reçete	Elektronik Sağlık Kayıtları Veritabanı (ESK)
Yatırım Takip Sistemi (YTS)	Doktor Bilgi Bankası (DBB)	Tele-tıp
Özel Sağlık Kuruluşları Bilgi Yönetim Sistemi (SKYS)	Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS)	Hastalık Kodlama ve Sınıflama Sistemleri
Çerçeve Anlaşma ve Toplu Alım İhaleleri Bilgi Sistemi	Elektronik Tüberküloz Yönetim Sistemi (ETYS)	Hastane Bilgi Sistemi Alımı Çerçeve İlkeleri
Alo 113 Beyaz Kod	Hasta Hakları	HL7
Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS)	Türkiye Organ ve Doku Nakli Bilgi Sistemi	Birinci Basamak Bilgi Sistemi ve Çevre Birimleri Alım Kılavuzu
Tek Düzen Muhasebe Sistemi (TDMS)	Diyaliz Bilgi Sistemi	PACS Alımı Çerçeve İlkeleri

Kurum Odaklı Projeler**Hizmet Odaklı Projeler**

Tıbbî Cihaz Hizmet Alımlarında Yaklaşık Maliyet Hesaplamaya Yardımcı Modül	Yoğun Bakım İzleme Sistemi
Video Konferans Sistemi ile Eğitim	Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Ağı (UHESA)
Elektronik Tüberküloz Yönetim Sistemi (ETYS)	Yenidoğan İşitme Taraması
Temel Sağlık İstatistikleri Modülü (TSİM)	Ulusal Özürlüler Veri Bankası
Sağlık Personeli Bilgi Bankası	184 SABİM
Stok Koordinasyon Uygulaması	İlaç Takip Sistemi
Programları İzleme ve Değerlendirme Sistemi	Alo 171 Dumansız Hava Sahası
Personel Bilgi Sistemi (PBS)	
Yeşil Kart Tahakkuk Bilgi Sistemi (YKTBS)	
Sosyal Tesis Muhasebe Bilgi Sistemi	
112 Acil Servis Bilgi Sistemi	



4- İnsan Kaynakları

4.1. İnsan Kaynakları Durum Tespiti

Ülkemizdeki toplam hekim sayısı 124.219 olup yüz bin kişiye düşen hekim sayısı 165, pratisyen hekim sayısı 48, uzman hekim sayısı 90, diş hekimi 27, eczacı 34, ebe ve hemşire 232'dir.

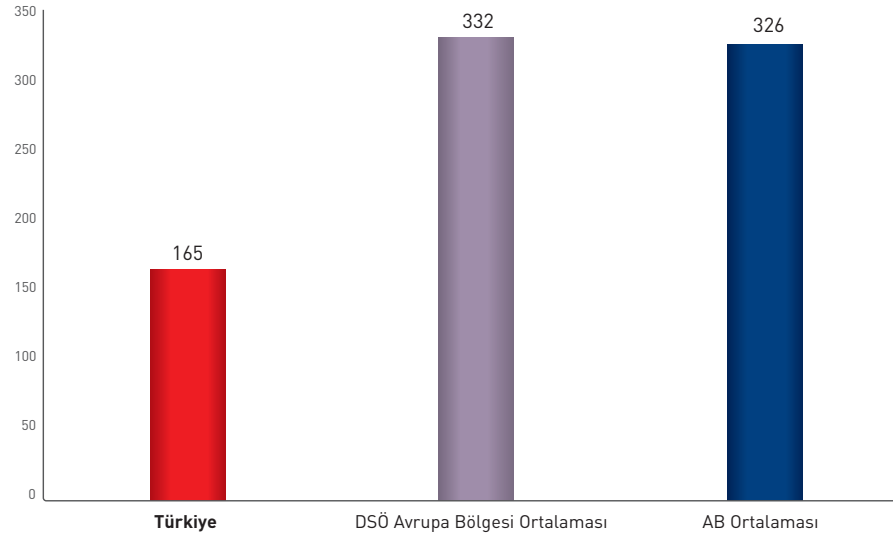
Tıp fakültelerinde toplam 45.732 kayıtlı öğrenci mevcut olup toplam öğretim üyesi sayısı 10.440'tır. Öğretim üyesi başına düşen öğrenci sayısı 4,3'tür.

► **Tablo 3:** Sağlık Personel Sayıları, Tüm Sektörler, Türkiye, (2012)

	2002	2012
Uzman Hekim	45.457	68.262
Pratisyen Hekim	30.900	35.739
Asistan Hekim	15.592	20.218
Toplam Hekim	91.949	124.219
Diş Hekimi	16.371	20.602
Eczacı	22.289	26.081
Hemşire	72.393	125.191
Ebe	41.479	50.569
Diğer Sağlık Personeli	50.106	122.067
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	83.964	229.790
Toplam Personel Sayısı	378.551	698.519

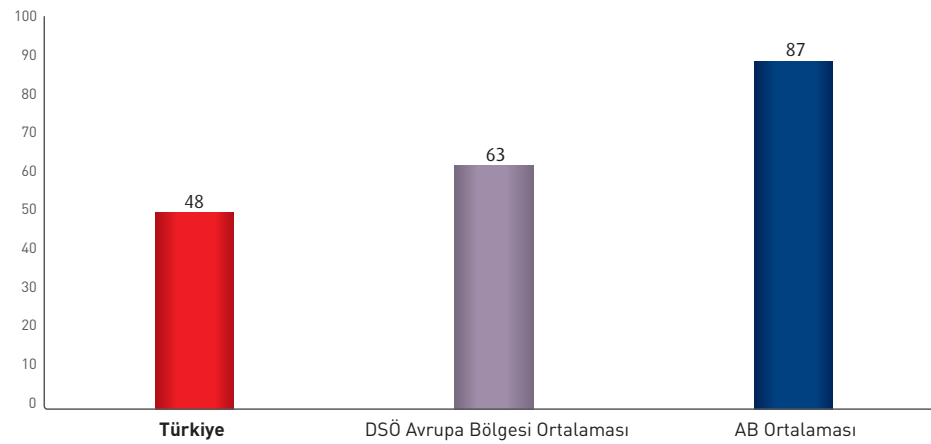
Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

► **Grafik 1:** Avrupa ve Türkiye’de Yüz Bin Kişiyeye Düşen Hekim Sayısı, (2012)



Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, World Health Statistics 2012

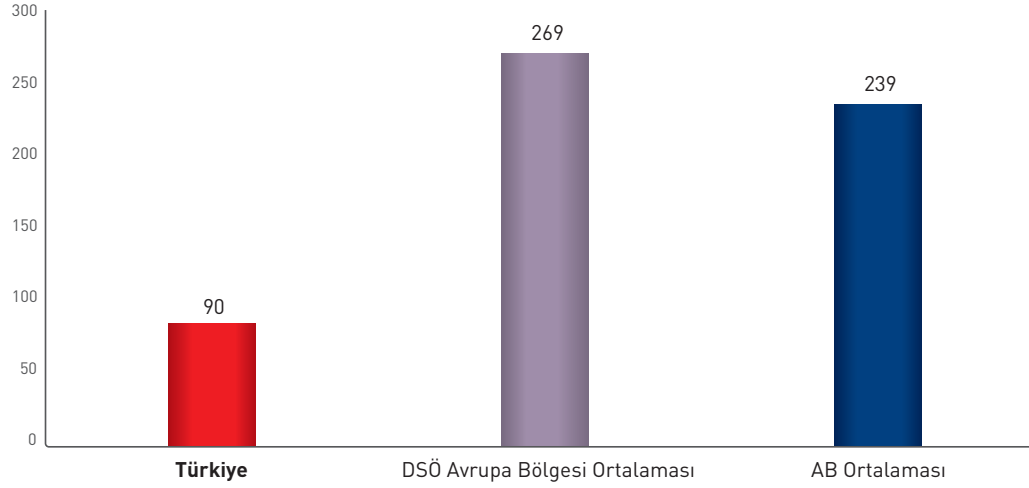
► **Grafik 2:** Avrupa ve Türkiye’de Yüz Bin Kişiyeye Düşen Pratisyen Hekim Sayısı, (2012)



Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, World Health Statistics 2012

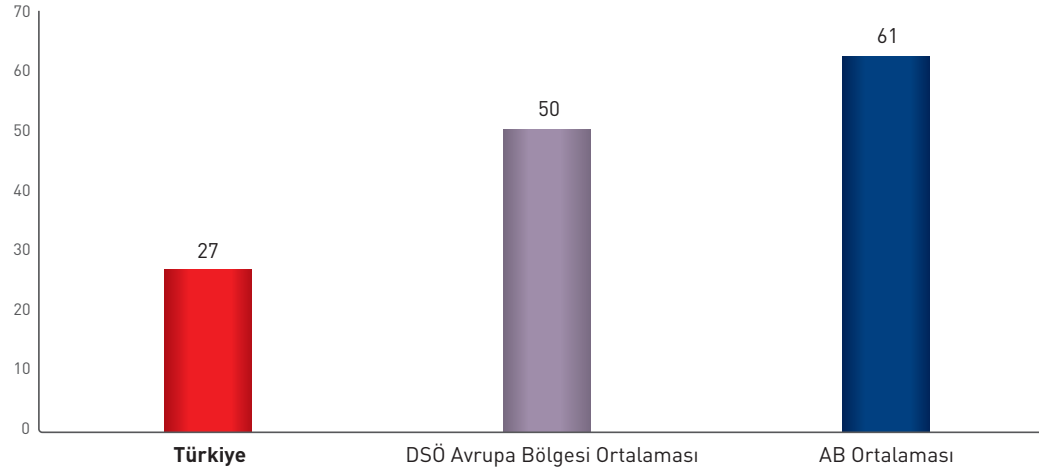


► **Grafik 3:** Avrupa ve Türkiye’de Yüz Bin Kişiy e Düşen Uzman Hekim Sayısı, (2012)



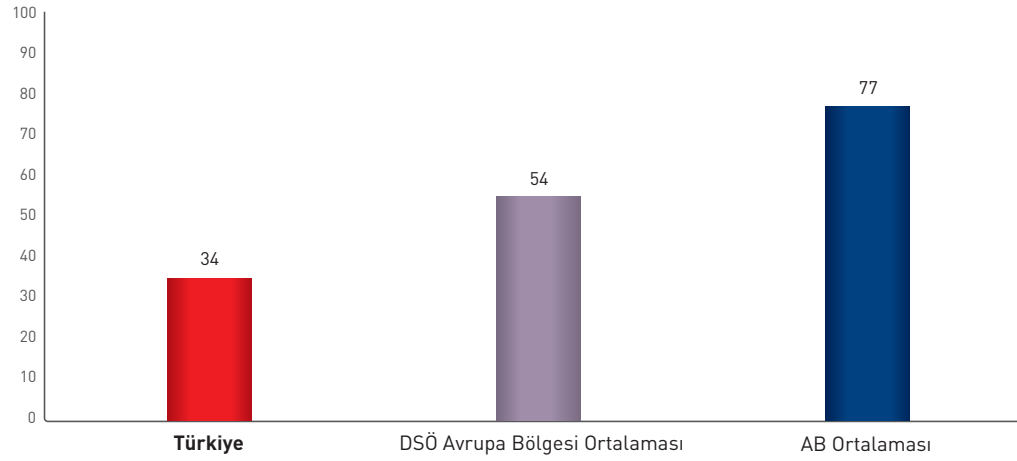
Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, World Health Statistics 2012

► **Grafik 4:** Avrupa ve Türkiye’de Yüz Bin Kişiy e Düşen Diş Hekimi Sayısı, (2012)



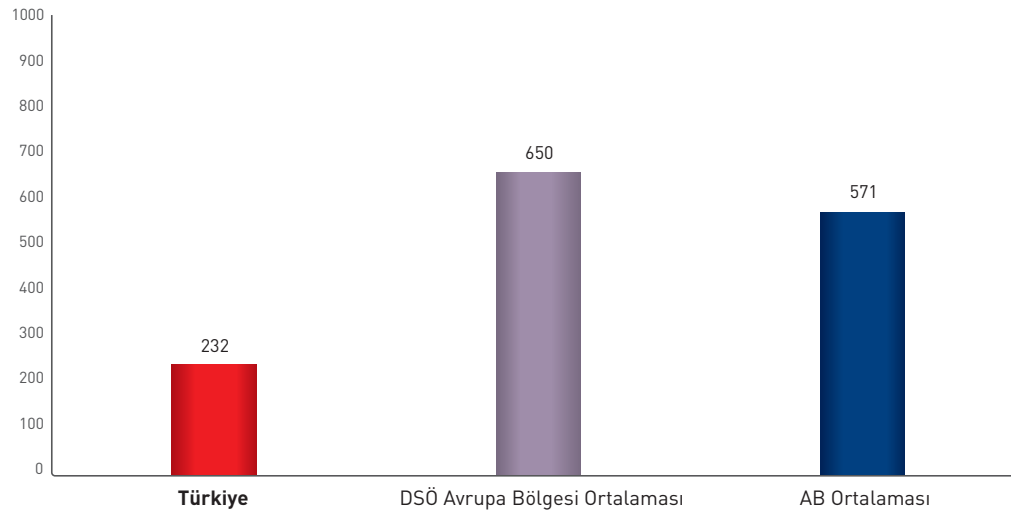
Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, World Health Statistics 2012

► **Grafik 5:** Avrupa ve Türkiye’de Yüz Bin Kişiyeye Düşen Eczacı Sayısı, (2012)



Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, World Health Statistics 2012

► **Grafik 6:** Avrupa ve Türkiye’de Yüz Bin Kişiyeye Düşen Ebe ve Hemşire Sayısı, (2012)



Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, World Health Statistics 2012



Bakanlığımıza bağlı kamu sağlık kuruluşlarında 2002 yılında hizmet alımı dâhil 256 bin olan çalışan sayısını 2012 yılında 485 bine ulaştırdık. Yani 229 bin kişilik net artış sağladık.

1994-2002 yılları arasındaki dokuz yılda net artış ise sadece 21 bin idi. Bir başka ifade ile son on yılda oluşturduğumuz istihdam önceki on yılın 11 katıdır.

Yıllardır sağlık personelinden mahrum olan sağlık tesislerimiz ve bölgelerimizde yeni istihdam modelleri ile personel istihdam edilmeye başlandı.

Bu amaçla 2004 yılında 4924 sayılı Kanunu yürürlüğe koyduk ve sadece Sağlık Bakanlığına özgü yeni bir sözleşmeli istihdam modeli geliştirdik. Bu modelin temeli gönüllülük esasına dayanmakta ve personelin kendi rızası ile bu kanuna tabi olarak çalışması durumunda mali hakları eş değer görevdeki personellere göre daha yüksek olarak gerçekleşmektedir. Ayrıca Kanun 10 yıllık sözleşmelilik süresinin sonunda personele sürekli sözleşmeli olma hakkı vermektedir.

► **Grafik 7: Sağlık Bakanlığı Personel Sayısındaki Net Değişim**





5.1. Hizmet Birimleri

5.1.1.Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Bakanlığımızın görevi, ülkemizdeki herkesin bedenî, zihnî ve sosyal bakımdan tam bir iyilik hâli içinde hayatını sürdürmesini sağlamaktır. Bu görev çerçevesinde sunulan hizmetleri şu şekilde sıralamak mümkündür.

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünün görevleri şunlardır: Her türlü koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini planlamak, teknik düzenleme yapmak, standartları belirlemek ve bu hizmetler ile sunucularını sınıflandırmak, bununla ilgili iş ve işlemleri yaptırmak, organ ve doku nakli, kan ve kan ürünleri, diyaliz, üremeye yardımcı tedavi, evde sağlık, yanık, yoğun bakım gibi özellikli planlama gerektiren sağlık hizmetlerini planlamak ve bu hizmetleri sunan kurum ve kuruluşlar arasında koordinasyonu sağlamak, kamu ve özel hukuk tüzel kişileri ile gerçek kişilere ait sağlık kurum ve kuruluşlarına izin vermek ve ruhsatlandırmak, bu izin ve ruhsatları gerektiğinde süreli veya süresiz iptal etmek, sağlık hizmetlerinin ücret tarifelerini belirlemek veya tasdik etmek, hasta hakları ile hasta ve çalışan güvenliğine yönelik düzenleme yapmak. Sağlık kurum ve kuruluşlarının mevzuata, Bakanlık politika ve düzenlemelerine uyumunu denetlemek, gerekli yaptırımları uygulamak, planlama ve standartlar oluşturulması için gerekli komisyonları kurmak, sağlık kurum ve kuruluşları ile hizmetten faydalananlar arasında doğabilecek ihtilafların çözümüne yönelik usûlleri belirlemek, geleneksel, tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları ile ilgili düzenleme yapmak ve sağlık beyanı ile yapılacak her türlü uygulamalara izin vermek ve denetlemektir.



5.1.2. Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünün görevleri şunlardır: Afetlerde ve acil durumlarda ülke genelinde sağlık hizmetlerini planlamak ve yürütmek, hastane öncesi acil sağlık hizmetlerine ait birimleri kurmak ve işletmek, gerektiğinde hastane acil servisleri ile entegre etmek. İlgili birimlerin faaliyetlerini izlemek, değerlendirmek, hasta nakil ve sevk koordinasyonunu sağlamak, kara, hava ve deniz ambulanslarının temin, tahsis, sevk ve idaresini sağlamak, yurt içinde meydana gelen afet ve acil durumlardaki tıbbî kurtarma ve acil sağlık hizmetlerini ilgili tüm taraflarla işbirliği ve koordinasyon içinde sağlamak. Yurt dışında meydana gelen afet ve acil durumlarda ulusal, uluslararası kuruluşlar ve sivil toplum örgütleri ile işbirliği içinde sağlık ve insanî yardım faaliyetlerine katılmak, afet ve acil durumlara yönelik sağlık hizmetlerinin sunumunda ihtiyaç duyulacak haberleşme, ilaç, tıbbî ve teknik malzemelere yönelik planlama, tedarik, dağıtım ve depolama faaliyetlerini yürütmek, tehlikeli kimyasal ve biyolojik maddelere bağlı sağlık tehditlerine yönelik hazırlık ve cevap geliştirilmesi amacıyla gerekli organizasyonu sağlamak, toplumun ilk yardım bilgi ve becerisinin geliştirilmesi amacıyla gerekli eğitim faaliyetlerini planlamak ve yürütmek, görev ve sorumluluk alanı ile ilgili personelin yetiştirilmesi için ilgili kurum ve kuruluşlarla işbirliği içinde eğitim programı hazırlamak ve uygulamak, tatbikat organizasyonları yapmak, ulusal ve uluslararası tatbikatlara katılmaktır.

5.1.3. Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü

Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğünün görevleri şunlardır: Toplumun ve bireyin sağlığı ile ilgili bilgi, farkındalık ve kontrol yeteneklerini arttırmak ve bu konuda sorumluluk almalarını ve karar süreçlerine katılımlarını teşvik etmek, sağlığı doğrudan ve dolaylı olarak etkileyen faktörlerin ve sosyal belirleyicilerin iyileştirilmesine yardım edecek düzenlemeler yaparak birey sağlığının korunması ve sağlık düzeyinin yükseltilmesine yönelik davranış değişikliği oluşturmak ve sürdürmek, sağlığın teşviki ve geliştirilmesine yönelik bilimsel çalışmalar yapmak veya yaptırmak, eğitim kurumları ve basın yayın organları aracılığı ile toplumu bilgilendirmek, kampanyalar yapmak veya yaptırmak, halk sağlığının korunması ve geliştirilmesi, hastalık risklerinin azaltılması, önlenmesi ve teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin daha verimli kullanılabilmesi için uyarıcı, bilgilendirici ve eğitici mahiyette programlar hazırlamak veya hazırlatmak, Bakanlığın basın, halkla ilişkiler, bilgi edinme hizmetlerini yürütmektir.

5.1.4. Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü

Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü'nün görevleri şunlardır: Sağlık alanında kullanılan bilişim sistemleri ve iletişim teknolojileri ile ilgili ülke çapında politika, strateji ve standartları belirlemek, kişisel sağlık verileri ile ülke düzeyinde sağlık durumu ve sağlık hizmetlerine ilişkin veri ve bilgi akışını içeren her türden bilgi sistemleri ve projelerini yapmak ve yaptırmak, sağlık bilgi sistemleri ve teknolojileri alanında uluslararası gelişmeleri izlemek, ülke uygulamalarını ve tecrübelerini paylaşmak, gerektiğinde uluslararası kuruluşlarla işbirliği yapmak, sağlık bilişimi ve teknolojisi alanında çalışacak kamu ve özel hukuk tüzel kişileri ile gerçek kişilerin uyacakları kuralları belirlemek, uygulamak gerektiğinde bunların yazılım ve ürünlerinin uygunluğuna karar vermek ve müelliflerini yetkilendirmektir.

5.1.5. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü

Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü'nün görevleri şunlardır: Sağlık politikalarının belirlenmesi, izlenmesi, değerlendirilmesi, ülkenin sağlık düzeyinin yükseltilmesi ve sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine yönelik ihtiyaç duyulan alanlarda araştırmalar yapmak veya yaptırmak, araştırma sonuçlarının ulusal veya uluslararası düzeyde yayımlanmasını sağlamak, yurt içinde ve yurt dışında üretilen sağlık istatistiklerinin derlenmesi, veri kalitesinin değerlendirilmesi, yayımlanması, ulusal ve uluslararası kurumlarla paylaşılması, uluslararası kurumlar tarafından ülkemiz ile ilgili yayımlanan istatistiklerin izlenmesi ve değerlendirilmesini sağlamak, sağlık istatistikleri ile ilgili konularda koordinasyonu sağlamak, sağlık hizmetlerinde çalışan personelin meslekî eğitimi ve gelişimi için eğitim materyallerini hazırlamak, eğitim vermek, seminer, sempozyum, konferans, araştırma ve benzeri etkinlikler düzenlemek, uluslararası kurum ve kuruluşların sağlık alanındaki gelişmelerle ilgili yayınlarını takip etmek, gerekli görülenleri tercüme ettirerek yayımlamak, koruyucu, rehabilite edici hizmetler, teşhis ve tedavi metotlarının etkililiği, verimliliği, klinik, etik, sosyal, hukukî, organizasyonel ve ekonomik etkileri konularında değerlendirmeler yapmak veya yaptırmak, kanıta dayalı tıp uygulamaları ve klinik rehberler geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması faaliyetlerini yürütmektir.



5.1.6. Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü

Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü'nün görevleri şunlardır: Bakanlığın ve bağlı kuruluşların hizmetlerinde kullanılacak binalar için belirlenen ihtiyaç programlarına uygun olarak mühendislik hizmetlerini yürütmek, projelerini hazırlamak veya hazırlatmak, gerektiğinde ön veya tam proje ile inşaat ihalelerini yapmak ve bu hizmetler için müşavirlik hizmeti satın almak, gerektiğinde Bakanlık ve bağlı kuruluşların inşaatlarının kontrollüğünü yapmak veya yaptırmak, sağlık yapılarının standartlarını belirlemek ve mimarisini geliştirmeye yönelik çalışmalar yapmak, Bakanlığın ihtiyaç duyduğu taşınmazların kamulaştırma işlemlerini yürütmek, Bakanlığın ve bağlı kuruluşların ihtiyacı olan tesislerin yapımını ve mevcut tesislerin yenilenmesini kamu özel ortaklığı modeli veya diğer usûller ile gerçekleştirmek, sağlık hizmeti sunumunda ihtiyaç duyulan ve ileri teknoloji gerektiren tıbbî cihaz, ürün ve hizmetlerin üretimine, teknolojilerinin geliştirilmesine ve yurt dışından transferine yönelik yerli ve yabancı yatırım ve teknoloji imkânlarını araştırmak, teşvik etmek ve bu ürünlerin off-set ticaretini düzenlemektir.

5.1.7. Dış İlişkiler ve Avrupa Birliği Genel Müdürlüğü

Dış İlişkiler ve Avrupa Birliği Genel Müdürlüğü'nün görevleri şunlardır: Sağlık alanında yabancı ülkelerle ve uluslararası kuruluşlarla ilişkileri yürütmek, geliştirmek ve bunlarla ilgili hukukî ve idarî düzenlemelere ilişkin çalışmaları yürütmek, ikili ve çok taraflı anlaşma ve sözleşmelere ilişkin işlemleri yürütmek, Avrupa Birliği ile ilişkileri, Bakanlığın ilgili birimleri arasında ve Bakanlık ile diğer kurumlar arasında koordinasyonu gerçekleştirmek suretiyle yürütmek, uluslararası nitelikteki kongre, konferans ve toplantılar düzenlemek, Bakanlığın yurt dışına yönelik iş ve işlemlerini yürütmektir.

5.1.8. Hukuk Müşavirliği

Hukuk Müşavirliğinin görevleri şunlardır: 659 sayılı Genel Bütçe Kapsamındaki Kamu İdareleri ve Özel Bütçeli İdarelerde Hukuk Hizmetlerinin Yürütülmesine İlişkin Kanun Hükmünde Kararname hükümlerine göre hukuk birimlerine verilen görevleri yapmaktır.

5.1.9. Özel Kalem Müdürlüğü

Özel Kalem Müdürlüğü'nün görevleri şunlardır: Bakanın çalışma programını düzenlemek, Bakanın resmî ve özel yazışmalarını, protokol ve tören programlarını düzenlemek ve yürütmek, Bakan tarafından verilen benzeri görevleri yapmaktır.

5.1.10. Denetim Hizmetleri Başkanlığı

Denetim Hizmetleri Başkanlığının görevleri şunlardır: Denetime ilişkin yöntem ve teknikleri geliştirmek, denetim alanındaki standart ve ilkelerin oluşturulmasını sağlamak, denetim rehberleri hazırlamak, denetimlerin etkinliğini ve verimliliğini arttırıcı tedbirler almak, Bakanlık teşkilatı ile gerektiğinde bağlı kuruluşlarının performans denetimini yapmak, Bakanlık teşkilatı ile gerektiğinde bağlı kuruluşların ve bunların denetimi altındaki kurum ve kuruluşların iş ve işlemleri hakkında denetim, inceleme ve soruşturma yapmaktır.

5.1.11. Strateji Geliştirme Başkanlığı

Strateji Geliştirme Başkanlığının görevleri şunlardır: 5018 sayılı Kamu Malî Yönetimi ve Kontrol Kanunu ile 22/12/2005 tarihli, 5436 sayılı Kanunun 15 inci maddesi ve diğer mevzuatla strateji geliştirme ve malî hizmetler birimlerine verilen görevleri yapmak, Bakanlık Merkez Döner Sermaye İşletmesince elde edilen gelirler ile Döner Sermaye Muhasebe Birimi hesabına aktarılan tutarların tahsisini yapmak, Bakanlığın ve bağlı kuruluşların malî kaynaklarının geliştirilmesi, etkili ve verimli bir şekilde kullanılması yönünde araştırmalar yapmak veya yaptırmak ve gerekli tedbirleri almaktır.

5.1.12. Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğünün görevleri şunlardır: Bakanlığın insan gücü planlaması ile insan kaynakları sisteminin geliştirilmesi ve performans ölçütlerinin oluşturulması konusunda çalışmalar yapmak ve tekliflerde bulunmak, Bakanlık personelinin atama, nakil, terfi, emeklilik ve benzeri özlük işlemlerini yürütmek, 5018 sayılı Kanun hükümleri çerçevesinde, kiralama ve satın alma işlerini yürütmek, temizlik, güvenlik, aydınlatma, ısıtma, onarım, taşıma ve benzeri hizmetleri yapmak veya yaptırmak, Bakanlığın taşınır ve taşınmazlarına ilişkin işlemleri ilgili mevzuat çerçevesinde yürütmek, genel evrak ve arşiv faaliyetlerini düzenlemek ve yürütmek, Bakanlık sivil savunma ve seferberlik hizmetlerini planlamak ve yürütmektir.

5.1.13. Basın ve Halkla İlişkiler Müşavirliği

Basın ve Halkla İlişkiler Müşavirliğinin görevleri şunlardır: Bakanlığın basınla ilgili faaliyetlerini planlamak ve bu faaliyetlerin belirlenecek usul ve esaslara göre yürütülmesini sağlamaktır.



5.2. Bağlı Kuruluşlar

5.2.1. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

Kurumun görev, yetki ve sorumlulukları şunlardır: Halk sağlığını korumak ve geliştirmek, sağlık için risk oluşturan faktörlerle mücadele etmek, birinci basamak sağlık hizmetlerini yürütmek, bu hususta gerekli düzenlemeleri yapmak, bulaşıcı, bulaşıcı olmayan, kronik hastalıklar ve kanser ile anne, çocuk, ergen, yaşlı ve engelli gibi risk gruplarıyla ilgili olarak izleme, sürveyans, inceleme, araştırma, bağışıklama ve kontrol çalışmaları yapmak, bununla ilgili verilerin toplanmasını sağlamak, belirlenen hedefler doğrultusunda plan ve programlar hazırlamak, uygulamaya koymak, denetlenmesini sağlamak, değerlendirmek, gerekli önlemleri almak, bu konuda politika ve düzenlemelerin oluşturulması için bakanlığa teklifte bulunmak, yaşam kalitesini yükseltecek alışkanlıkları kazandırarak toplumdaki tüm bireylerin sağlığını geliştirmek; hatalı beslenme alışkanlıkları, obezite, sigara ve benzeri zararlı maddelerin yol açtığı sağlık riskleri ve tehditleri ile mücadele etmek, bu hususları izlemek, araştırmak, veri toplanmasını sağlamak ve değerlendirmek, birey, toplum ve çevre sağlığını etkileyen ve genel sağlığı ilgilendiren her tür etkeni incelemek, teşhis etmek, değerlendirmek ve kontrol etmek üzere gerekli laboratuvar hizmetlerinin organizasyonunu sağlamak ve ulusal referans laboratuvarı kurmak ve işletmek, içme suları, biyosidal ürünler gibi görev alanına giren konularda tüketici güvenliği ile ilgili tedbirleri almak ve buna yönelik her türlü iş ve işlemi tesis etmek, sağlık tehditlerine yönelik erken uyarı ve cevap geliştirilmesi amacıyla gerekli organizasyonu sağlamak.

5.2.2. Türkiye İlaç ve Tıbbî Cihaz Kurumu

Kurumun görev, yetki ve sorumlulukları şunlardır: Görev alanına giren ürünlerin ruhsatlandırılması, üretimi, depolanması, satışı, ithalatı, ihracatı, piyasaya arzı, dağıtımı, hizmete sunulması, toplatılması ve kullanımları ile ilgili kural ve standartları belirlemek, bu faaliyetleri yürütecek kamu ve özel hukuk tüzel kişileri ile gerçek kişilere izin vermek, ruhsatlandırmak, denetlemek ve gerektiğinde yaptırım uygulamak, laboratuvar analizlerini yapmak veya yaptırmak, sağlık beyanı ile satışa sunulacak ürünlerin sağlık beyanlarını inceleyerek bu beyanlara izin vermek, izinsiz veya gerçeğe aykırı sağlık beyanı ile yapılan satışları denetlemek, gerektiğinde durdurma, toplama, toplatma ve imha iş ve işlemlerini yapmak veya yaptırmak, izin ve sağlık beyanları yönünden bunların her türlü reklam ve tanıtımlarını denetlemek ve aykırı olanları durdurmak, piyasaya arz edilen ilaç, tıbbî cihaz ve ürünlerin reklam ve tanıtımının usûl ve esaslarını belirlemek ve uygulamasını denetlemek, görev alanına giren ilaç, tıbbî cihaz ve ürünlere ilişkin klinik araştırmalarla ilgili düzenlemeleri yapmak, izin vermek ve denetlemek.

5.2.3. Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü

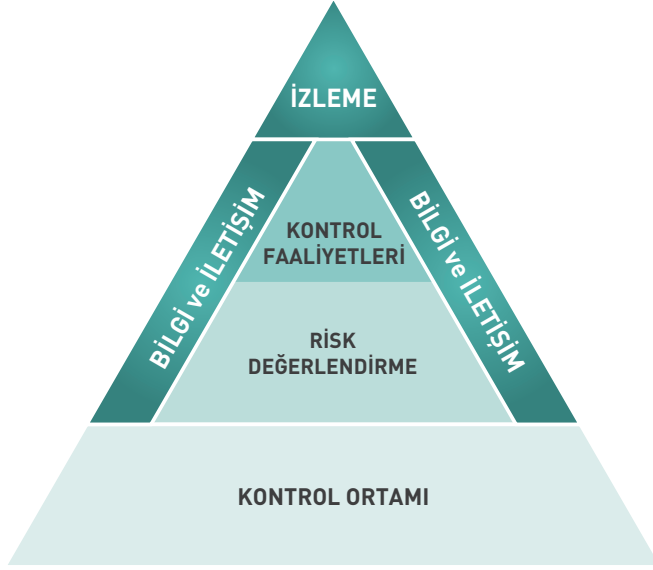
Genel Müdürlüğün görev, yetki ve sorumlulukları şunlardır: Uluslararası önemi haiz halk sağlığı risklerinin ülkemize girmesini önlemek amacıyla, uluslararası giriş noktaları ve bunların gümrüklü alanlarında gerekli her türlü sağlık tedbirini almak veya aldirmek, halk sağlığını etkileyecek etkenlere karşı alınacak kontrol önlemlerinin standardını belirlemek, belgelendirmek, denetlemek, uluslararası giriş noktalarında hac, göç veya seyahat gibi toplu nüfus hareketlerinde gerekli sağlık tedbirlerini almak veya aldirmek, riskli cenazelerin yurda girişine izin vermek, malî yılbaşında, sağlık resmi tarifelerini belirlemek, bu gelirler ve diğer sağlık gelirleri ile para cezalarının tarh, tahakkuk ve tahsil işlemlerinin gerçekleştirilmesini sağlamak, gelirlerinden ülke sağlık hizmetlerine katkı sağlamak, uluslararası nakil vasıtalarının ve bu vasıtalarda görevli personelin sağlık şartlarını belirleyerek sağlık raporlarıyla ilgili iş ve işlemleri düzenlemek, görev alanı ile ilgili olarak Dünya Sağlık Örgütü, Uluslararası Denizcilik Örgütü, Uluslararası Sivil Havacılık Örgütü ve diğer ulusal ve uluslararası kuruluşlar ile işbirliği yapmak, uluslararası önemi haiz halk sağlığı riski olan ülkelere giden insanlara seyahat sağlığı hizmeti vermek, ulusal ve uluslararası sularda seyir eden gemilere uzaktan sağlık yardımı ve desteği vermek, uluslararası giriş noktalarında yapılması gereken tüm sağlık hizmetleri, sağlık denetimleri ve çevre sağlığı işlemlerini yürütmek, usûl ve esaslarını belirlemek, kurum personelinin atama, nakil, özlük, ücret, emeklilik ve benzeri işlemlerini yürütmek, kurum hizmetlerinin gerektirdiği her türlü satın alma, kiralama, bakım ve onarım, arşiv, idarî ve malî hizmetleri yürütmektir.

5.2.4. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu

Kurumun görev, yetki ve sorumlulukları şunlardır: Kuruma bağlı hastaneleri, ağız ve diş sağlığı merkezlerini ve benzeri sağlık kuruluşlarını kurmak ve işletmek, gerektiğinde bunları birleştirmek, ayırmak, nakletmek veya kapatmak, kuruma bağlı sağlık kuruluşlarında her türlü koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin yürütülmesini sağlamak, faaliyetlerini izlemek ve değerlendirmek, iyi uygulama örneklerini yaygınlaştırmak, düzenleme yapılması ve politika oluşturulması maksadıyla Bakanlığa teklifte bulunmak, performans değerlendirmesi yapmak, rapor hazırlamak, değerlendirme sistematigi için her türlü alt yapıyı kurmak, kendisine bağlı sağlık kuruluşlarında hasta haklarına, hasta ve çalışanların sağlığına ve güvenliğine yönelik iyileştirme çalışmaları yapmak, görev alanı ile ilgili konularda ulusal veya uluslararası kamu veya özel kurum ve kuruluşlarla bilimsel ve teknik işbirliği yapmak, müşterek çalışma yürütmek, hastane hizmetleriyle ilgili yapılacak çalışmalarda gerekli komisyonları kurmak, kurum personelinin atama, nakil, özlük, ücret, emeklilik ve benzeri işlemlerini yürütmek, kurum hizmetlerinin gerektirdiği her türlü satın alma, kiralama, bakım ve onarım, arşiv, idarî ve malî hizmetleri yürütmektir



6- Yönetim ve İç Kontrol Sistemi



5018 sayılı Kamu Mali Yönetim ve Kontrol Kanunu kapsamında kamu mali yönetim sistemimiz uluslararası standartlar ve Avrupa Birliği uygulamalarına uygun bir şekilde COSO (bütünleşik kontrol çerçevesi) modeli örnek alınarak etkin bir iç kontrol sisteminin kurulması amaçlanmıştır.

Hizmetlerin etkinliğini sağlamak, verimliliği arttırmak, idari ve mali raporların güvenliği ve yürürlükteki kanun ve düzenlemelere uygunluğunu ortaya koymak amacıyla bu model doğrultusunda ilk adım olarak Strateji Geliştirme Başkanlığında pilot iç kontrol sistemi kurulması çalışmaları yapılmıştır. Bakanlığımız 2010 yılında iç kontrol standartlarına yönelik 21 merkez harcama birimlerinde iç kontrol sisteminin kurulması çalışmalarını gerçekleştirmiştir.

2 Kasım 2011 yılında yayımlanan “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” ile teşkilat yapımız değişmiştir.

2012 yılında Bakanlığın yeniden yapılanma süreci devam ettiğinden iç kontrol sistemi çalışmaları kapsamında yılın ikinci yarısında Strateji Geliştirme Başkanlığı olarak Bakanlık merkez harcama birimlerinde yeni yapıya uygun iç kontrol çalışmalarının güncellenmesi çalışmaları başlatılmıştır.

Bu çalışmalar Bakanlığımız merkez birimleri, uluslararası standartlar ve iyi uygulamalar baz alınarak gerçekleştirilmiştir.

663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile birimlerde yürütülen işler ilişkilendirilerek 4 ana süreçte toplanmıştır. Ana süreçlerle ilişkili 35 süreç ve bu süreçlere bağlı iş adımları çıkarılarak süreçlerdeki kritik riskler belirlenmiştir. Ancak Bakanlığımızın yapılanmasının devam etmesi ve stratejik planımızın Aralık 2012 tarihinde yayınlanması nedenleriyle Stratejik Plandaki hedef ve amaçlar ile süreçlerin ve süreç sahiplerinin eşleştirilerek performansının ölçülmesi çalışmaları 2013 yılında gerçekleştirilmesi planlanmıştır.

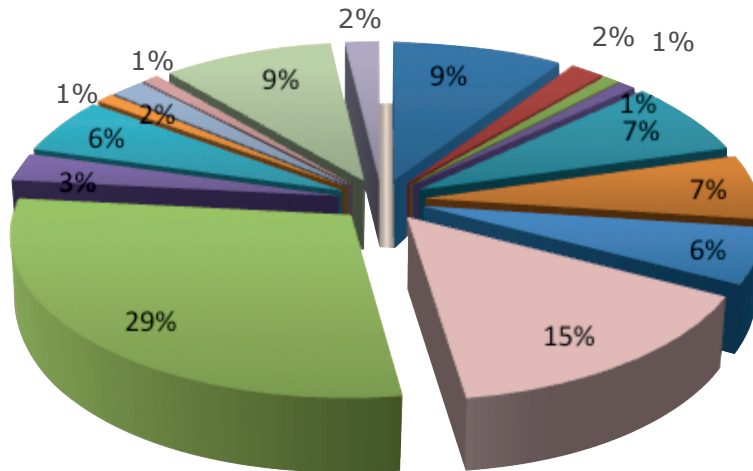
Ön Mali Kontrol

Ön Mali Kontrole tabi mali karar ve işlemler, kontrol edilmek üzere Başkanlığımıza gönderilmektedir. Bu bağlamda 2012 yılında 11 muhasebe işlem fişi, 83 ödeme emri belgesi, 13 taahhüt evrakı, sözleşme tasarısı olmak üzere 107 dosya incelenerek onaylanmıştır.

Bu dosyaların toplam işlem miktarı 842.768.467,59 ₺'dir.

2012 yılına ait birimler bazında işlem gören dosya sayıları Grafik 8 de görüldüğü gibidir. Ön mali kontrole tabi tutulmak üzere en çok dosya gönderen birimler; Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü olmuştur (663 sayılı KHK öncesi sayılar dahil). Bu iki birim tarafından gönderilen dosya sayısı toplam dosya sayısının %49,53' ünü oluşturmaktadır.

► **Grafik 8: Ön Mali Kontrole Tabî Tutulmuş Dosyaların Oransal Dağılımı, (2012)**



2012 yılına ait ön mali kontrolden geçen dosyaların işlem miktarlarına bakıldığında yine aylar itibarıyla işlem miktarlarının ilk altı ay normal seyrettiği görülmektedir. İkinci altı aylık kısımda ise dosya bazındaki artışa bağlı olarak bir yoğunluk vardır. Bu yoğunluk, her ay rutin gelen dosyaların yanı sıra bir sonraki yıla ait ihalelerin yapılmasından kaynaklanmaktadır. Aralık ayı itibarıyla hesaplanan miktar fazlalığı Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü'nün TOKİ arsa karşılığı hastane inşaatı yapım işlerinin tutarıyla ilgilidir.

- Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
- Adana İl Sağlık Müdürlüğü
- Giresun İl Sağlık Müdürlüğü
- Kocaeli İl Sağlık Müdürlüğü
- Sağlığın Geliştirilmesi Gen. Müd.
- Sağlık Bilgi Sistemleri Gen. Müd.
- Sağlık Hizmetleri Gen. Müd.
- Sağlık Yatırımları Genel Müd.
- Yönetim Hizmetleri Genel Müd.
- İlaç ve Eczacılık Gen. Müd.
- İdari ve Mali İşler Dairesi Bşk.
- İnşaat ve Onarım Dairesi Bşk.
- Refik Saydam Hıfz. Merkez. Bşk.
- Tedavi Hizm. Genel Müdürlüğü
- Temel Sağlık Hizm. Genel Müdürlüğü
- Verem Savaş Dairesi Bşk.



Amaç ve Hedefler

Bölüm II

Amaç ve Hedefler





A. Amaç ve Hedefler

İdeal sağlık sistemi; erişilebilir, kaliteli, verimli ve sürdürülebilir olmalıdır. Sistem insan odaklı yaklaşımı esas alıp finansal hakkaniyeti gözetmelidir. Bireylerin ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerine yerinde ve zamanında hakkaniyetli şekilde erişimleri sağlanmalıdır.

2002 yılı sonunda Türk sağlık sisteminin içinde bulunduğu durum, hizmet sunumundan finansmanına, insan gücünden bilgi sistemine kadar ilgili birçok alanda köklü değişikliklere gidilmesini gerekli kılmaktaydı. Bu çerçevede küresel gelişmeleri gözetken, ülkemizin sosyo-ekonomik gerçeklerine uygun, yapısal, planlı ve sürdürülebilir Türkiye modeli olan Sağlıkta Dönüşüm Programını hazırladık.

2003 yılından itibaren uyguladığımız program “Stratejik Yönetim” modelinin en güzel örneklerinden biridir. Biz bu çerçevede Cumhuriyet tarihinde bir ilk olmak üzere 2010-2014 stratejik planını yaptık.

Stratejik Yönetim; geleceğin bir defalığına planlanması değil, organizasyonun değişen dünya ile birlikte amaç ve hedeflerini yenilemesidir. Bu kapsamda ulusal ve uluslararası sağlık stratejileriyle ve Bakanlığımızın yeniden yapılandırılması ile uyumlu 2010-2014 stratejik planını da revize eden 2013-2017 Stratejik Planı’nı hazırladık.

Planı hazırlarken Dünya Sağlık Örgütü ile birlikte çalıştık. Bu çalışmada Tallinn Sözleşmesi, Halk Sağlığı Kapasitelerini ve Hizmetlerini Güçlendirmek için Avrupa Eylem Planı ve Sağlık 2020’yi dikkate aldık.

Planda, nihai amacımız “Hakkaniyetli şekilde halkımızın sağlığını korumak ve iyileştirmek”tir.

Bunun için 4 stratejik amaç ve 32 hedef belirledik.

STRATEJİK AMAÇ:1

Sağlığa yönelik risklerden birey ve toplumu korumak ve sağlıklı hayat tarzını teşvik etmek

- SH 1.1. Sağlıklı beslenme alışkanlıklarını geliştirmek, fiziksel aktivite düzeyini arttırmak ve obeziteyi azaltmak
- SH 1.2. Tütün ile mücadeleyi sürdürmek, tütün maruziyeti ve bağımlılık yapıcı madde kullanımını azaltmak
- SH 1.3. Bireylerin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluğunu arttırmak için sağlık okuryazarlığını geliştirmek
- SH 1.4. Üreme sağlığı konusundaki farkındalığı arttırmak ve sağlıklı davranışları teşvik etmek
- SH 1.5. Halkın sağlığını etkileyen acil durumların ve afetlerin sağlık üzerindeki etkisini azaltmak
- SH 1.6. İş sağlığını iyileştirerek çalışanların sağlığını ve iyiliğini korumak ve geliştirmek
- SH 1.7. Çevresel tehlikelerin sağlık üzerindeki olumsuz etkilerini azaltmak
- SH 1.8. Sağlığı tüm politikaların merkezine alarak sağlığın sosyal belirleyicileri konusunda etkili eylemlerde bulunmak
- SH 1.9. Bulaşıcı hastalıklar ve risk faktörleri ile mücadele etmek ve bunları izlemek
- SH 1.10. Bulaşıcı olmayan hastalıkların görülme sıklığını ve risk faktörlerini azaltmak ve izlemek

STRATEJİK AMAÇ: 2

Birey ve topluma erişilebilir, uygun, etkili ve etkin sağlık hizmetleri sunmak

- SH 2.1. Sağlık hizmetlerinin kalitesini ve güvenliğini iyileştirmek
- SH 2.2. Anne, çocuk ve ergen sağlığını korumak ve geliştirmek
- SH 2.3. Koruyucu ve temel sağlık hizmetlerinin etkili kullanımını sağlamak
- SH 2.4. Acil Sağlık Hizmetlerine uygun ve zamanında erişimi sürdürmek
- SH 2.5. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin rolünü güçlendirerek hizmet entegrasyonunu ve devamlılığını iyileştirmek
- SH 2.6. Bulaşıcı olmayan hastalıkların komplikasyonlarını kontrol etmek ve azaltmak.
- SH 2.7. Etkililiği ve güvenliği sağlamak için geleneksel, tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları ile ilgili düzenlemeleri güçlendirmek
- SH 2.8. Sağlıkta insan kaynaklarının dağılımını, yetkinliğini ve motivasyonunu iyileştirmeye devam etmek ve sağlıkta insan kaynaklarının sürdürülebilirliğini sağlamak
- SH 2.9. Sağlık altyapısının ve teknolojilerinin kapasitesini, kalitesini ve dağılımını iyileştirmek ve sürdürülebilirliğini sağlamak
- SH 2.10. İlaçların, biyolojik ürünlerin ve tıbbî cihazların erişilebilirliğini, güvenliğini, etkinliğini ve akılcı kullanımını sağlamak ve kozmetik ürünlerde güvenliliği tesis etmek
- SH 2.11. Sağlık hizmet sunumunun izlenmesi, değerlendirilmesi ve kanıta dayalı karar almak için sağlık bilgi sistemlerini geliştirmek

STRATEJİK AMAÇ: 3

İnsan merkezli ve bütüncül yaklaşımla bireylerin sağlık ihtiyaçlarına ve beklentilerine cevap vermek

- SH 3.1. Bireyin kendi sağlığı ile ilgili kararlara aktif katılımını sağlamak için rolünü güçlendirmek
- SH 3.2. Bedensel, zihinsel, sosyal ya da ekonomik şartları sebebiyle özel ihtiyacı olan kişilerin uygun sağlık hizmetlerine daha kolay erişimini sağlayarak ihtiyaçlarına daha iyi yanıt vermek
- SH 3.3. Sağlık hizmetlerinin finansmanında hakkaniyet sağlanmasına ve bireylerin finansal riskten korumasına katkıda bulunmak
- SH 3.4. Bireylerin aldıkları sağlık hizmetinden ve sağlık çalışanlarının çalışma şartlarından duydukları memnuniyeti arttırmak

STRATEJİK AMAÇ: 4

Türkiye'nin ekonomik ve sosyal kalkınmasına ve küresel sağlığa katkı aracı olarak sağlık sistemini geliştirmeye devam etmek

- SH 4.1. Hizmet kalitesinden taviz vermeden kanıta dayalı politikalarla sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliğini korumak
- SH 4.2. Sağlık sistemi performansını izlemek, sağlığa ve milli ekonomiye katkısını kanıtlarıyla ortaya koymak
- SH 4.3. Sağlık sisteminin öncelikli alanlarında araştırmayı, geliştirmeyi ve inovasyonu teşvik etmek
- SH 4.4. Sağlık sektörünün ekonomiye katkısını arttırmak
- SH 4.5. Türkiye'de sağlık turizmini güçlendirmek
- SH 4.6. Küresel ve bölgesel sağlık politikalarının oluşturulmasında ve uygulanmasında liderler arasında olmak
- SH 4.7. İşbirliği ve kalkınma yardımları aracılığıyla küresel sağlığa katkı sağlamak

B. Temel Politikalar ve Öncelikler

Bakanlığımızın temel politika ve önceliklerinin yer aldığı belgelerin bazıları aşağıda sunulmuştur.

- 1. Dünden Bugüne Sağlık Politikalarımız**
- 2. Orta Vadeli Program (2012-2014)**
- 3. Orta Vadeli Mali Plan (2012-2014)**
- 4. Stratejik Plan (2013-2017)**



1. Düünden Bugüne Sağlık Politikalarımız

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

2002 yılı sonunda Türk sağlık sisteminin içinde bulunduğu durum, hizmet sunumundan finansmanına, insan gücünden bilgi sistemine kadar ilgili birçok alanda köklü değişikliklere gidilmesini gerekli kılmaktaydı. Bu amaçla 2003 yılında Sağlık Bakanlığı olarak birçok uygulamayı hayata geçirdik.

SSK hastaneleri ve diğer kamu kurumları hastaneleri Sağlık Bakanlığı'na devredildi.

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

İlaçtaki KDV oranı düşürüldü ve ilaç fiyatlandırma sistemi değiştirildi. Böylece ilaç fiyatlarında önemli oranda indirim sağlandı. İlaç harcamalarının hem kamu hem de vatandaşlara olan yükü, büyük ölçüde hafifletildi.

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

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

Bulaşıcı hastalıklardaki göstergelerimiz gelişmiş ülkeler düzeyine ulaştı.

Bina, ekipman ve sağlık personelinin eksik olduğu bölgeler öncelikli kabul edilerek, bu konudaki dengesizlikler büyük ölçüde ortadan kaldırıldı. Son on yılda 611'i müstakil hastane ve yeni hastane binası olmak üzere 2.134 yeni sağlık tesisi hizmete sunuldu. Aynı dönemde hizmet alımıyla birlikte kamu sağlık tesislerinde çalışan personel sayısı net olarak 229 bin kişi artarak 485 bin kişiye ulaştı.

Kamu kaynakları verimli kullanılmaya başlandı. Nihayetinde 2010, 2011 ve 2012 yıllarını içine alan orta vadeli mali plan ile birlikte mali sürdürülebilirlik teminat altına alındı.

2. Orta Vadeli Program (2012-2014)

Sağlık Sisteminin Geliştirilmesi

Sağlık politikasının temel amacı; vatandaşların yaşam kalitesini ve süresini arttırarak ekonomik ve sosyal hayata katılımlarının güçlendirilmesidir.

Bu çerçevede;

- i) Sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği, kalitesi ve etkinliği arttırılmaya devam edilecektir.
- ii) Koruyucu sağlık hizmetleri güçlendirilerek yaygınlaştırılacaktır.
- iii) İlaçların etkin ve bilinçli kullanımını sağlamak amacıyla sağlık hizmet sunucularına ve vatandaşlara yönelik bilgilendirme faaliyetleri ve gerekli denetimler arttırılacaktır.
- iv) Sağlık Bakanlığı'nın düzenleme, planlama ve denetlemeye ilişkin rolleri güçlendirilecektir.
- v) Üniversite hastanelerinin yapısal sorunları sistematik ve bütüncül bir anlayışla çözüme kavuşturulacaktır.

Öncelik 99. Sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği, kalitesi ve etkinliği arttırılmaya devam edilecektir.

Tedbir 201. Sağlık personeli sayısının arttırılması ve yurt genelinde dengeli dağılımına ilişkin çalışmalara devam edilecektir.

Tedbir 202. Sağlık tesislerinde teşhise dayalı fiyatlandırma yaygınlaştırılacaktır.

Tedbir 203. Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi güçlendirilmeye devam edilecektir.

Tedbir 204. Evde sağlık hizmetleri güçlendirilecektir.

Öncelik 100. Koruyucu sağlık hizmetleri güçlendirilerek yaygınlaştırılacaktır.

Tedbir 205. Koruyucu Sağlık Stratejisi ve Eylem Planı çalışmaları sonuçlandırılarak hayata geçirilecektir.

Tedbir 206. Bulaşıcı olmayan hastalıklara yönelik mevcut programlar sürdürülecek ve yeni programlar geliştirilecektir.

Tedbir 207. Bulaşıcı hastalıkların kontrolünü sağlamak amacıyla, Sağlık Bakanlığının tanı koyma, bildirim ve izleme fonksiyonları güçlendirilecektir.

Tedbir 208. Ulusal Zehir Danışma Merkezi (UZEM) personel ve altyapı yönünden geliştirilecektir.

Öncelik 101. İlaçların etkin ve bilinçli kullanımını sağlamak amacıyla sağlık hizmet sunucularına ve vatandaşlara yönelik bilgilendirme faaliyetleri ve gerekli denetimler arttırılacaktır.

Tedbir 209. Gereksiz ilaç tüketimini önlemek üzere doktor, eczane ve hastalara yönelik etkin denetimler ve yaptırımlar hayata geçirilecektir.

Tedbir 210. Akılcı ilaç kullanımı geliştirilecektir.



Tedbir 211. Yeni ilaç geliştirilmesi amacıyla bilimsel çalışmalar desteklenecek ve bu kapsamda ilaç sanayii teşvik edilecektir.

Tedbir 212. Tıbbî cihazların yurt içinde üretimine yönelik destek sağlanacaktır.

Öncelik 102. Sağlık Bakanlığının düzenleme, planlama ve denetlemeye ilişkin rolleri güçlendirilecektir.

Tedbir 213. Sağlık Bakanlığının yeniden yapılandırılmasına ilişkin mevzuat çalışmaları tamamlanacaktır.

3. Orta Vadeli Mali Plan (2012 - 2014)

2012-2014 Dönemi Orta Vadeli Mali Planı, Orta Vadeli Programla uyumlu olmak üzere gelecek üç yıla ilişkin merkezi yönetim bütçesi toplam gelir ve gider tahminleriyle birlikte hedef açık ve borçlanma durumu ile kamu idarelerinin ödenek teklif tavanlarını içerecek şekilde Maliye Bakanlığı tarafından hazırlanarak Yüksek Planlama Kurulu tarafından karara bağlandı.

Orta Vadeli Mali Plana dayalı olarak hazırlanacak 2012-2014 yılları merkezi yönetim bütçesi, kaynakların belirlenmiş temel politika öncelikleri doğrultusunda tahsisini, kamu harcamalarının kalitesinin artırılmasını ve bu suretle halkımızın hayat standardının yükseltilmesini amaçlamaktadır.

Etkin bir kamu mali yönetimi, giderlerin rasyonel bir şekilde önceliklendirilmesini ve kaynakların bu önceliklere göre tahsisini esas almalıdır. Bu çerçevede, Mali Plan döneminde kamu gider mevzuatının rasyonelleştirilmesine yönelik çalışmalar sürdürülecektir.

2012-2014 yıllarını kapsayan dönemde, çok yıllık bütçeleme anlayışının uygulanmasında elde edilen tecrübeler de göz önüne alınarak kaynak tahsisinde etkinliğin artırılması hususu temel önceliklerden birisi olmaya devam edecektir. Bu çerçevede, kamu idareleri ödenek tavanlarını dikkate alarak, belirlenen öncelikler çerçevesinde kendi kaynak tahsislerini gözden geçirecekler ve önceliğini yitirmiş faaliyetler ile projeleri tasfiye edeceklerdir.

4. Stratejik Plan (2013-2017)

Stratejik yönetim, bir organizasyonun amaç ve hedeflerinin belirlenmesi ve tüm organizasyonun bu doğrultuda yönetilmesi olarak tanımlanabilir. Bu yönüyle de Stratejik Yönetim, geleceğin bir defalığına planlanması değil; gelişen ve değişen dış dünya ile birlikte organizasyonun da kendini ve amaç ve hedeflerini yenilemesidir.

Stratejik Yönetim; “Stratejik Planlama” ve “Stratejik Kontrol” gibi iki temel aşamadan oluşmaktadır. Stratejik Planlama, uygulanacak stratejilerin formüle edilmesi; Stratejik Kontrol ise belirlenen stratejilerin doğru biçimde uygulanması ve hedeflenen sonuçlara ulaşılması için gerekli sistemler bütünü olarak tanımlanabilir. Stratejik Yönetimin öğeleri de Stratejik Planlama (misyon, vizyon, hedefler, faaliyet planı) ve Stratejik Kontrol (uygulama, ölçme, değerlendirme) başlıkları altında toplanmaktadır.

Bu kapsamda ulusal ve uluslararası sağlık stratejileriyle ve Bakanlığımızın yeniden yapılandırılması ile uyumlu 2010-2014 Stratejik Planı’nı da revize eden 2013-2017 Stratejik Planı’nı hazırladık. Planı hazırlarken DSÖ ile birlikte çalıştık. Bu çalışmada Tallinn Şartı, Halk Sağlığı Kapasitelerini ve Hizmetlerini Güçlendirmek için Avrupa Eylem Planı ve Sağlık 2020’yi dikkate aldık. DSÖ Avrupa Bölgesi, bu çalışmayı diğer ülkelere örnek sağlık stratejik planı olarak göstermektedir.

Nihaî Amaç:

“Hakkanîyetli şekilde halkımızın sağlığını korumak ve iyileştirmek'tir”.



Faaliyetlere İlişkin Bilgi

Bölüm III

Faaliyetlere İlişkin Bilgi ve Değerlendirmeler



ve Değerlendirmeler



A. Mali Bilgiler

Bütçe Uygulama Sonuçları

► **Tablo 4:** Ödenek ve Harcama Gerçekleşmeleri, (₺, 2012)

	Kesintili Başlangıç Ödeneği	Yıl Sonu Ödeneği	Harcama	Harcama/Yıl Sonu Ödeneği (%)
Genel Bütçe (Yeşil Kart Hariç)	13.813.938.000,00	5.524.773.291,99	5.266.695.583,96	95,3
Yeşil Kart	544.000.000,00	228.710.000,00	228.342.509,00	99,8
Genel Toplam	14.357.938.000,00	5.753.483.291,99	5.495.038.092,96	95,5

Genel Bütçe Uygulama Sonuçları

2012 yılında Bakanlığımız bütçesine yeşil kart ödeneği hariç 13,8 milyar ₺ ödenek tahsis edilmiştir. 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Bakanlığımızın teşkilat yapısındaki değişikliğe paralel olarak Bakanlık bütçesinden Bağlı Kuruluşlara ödenek aktarması yapılmıştır.

Bu aktarmalar neticesinde yeşil kart hariç Bakanlık bütçesi 5,5 milyar ₺, yılsonu harcama miktarı ise 5,3 milyar ₺ olmuştur.

Temel Mali Tablolara İlişkin Açıklamalar

► **Tablo 5:** Ödenek ve Harcamaların Ekonomik Sınıflandırmaya Göre Dağılımı, (₺, 2012)

Ekonomik Sınıflar	Yıl Sonu Ödeneği	Harcama	Harcama/YSÖ Oranı (%)
Personel Giderleri	2.624.753.654,00	2.516.527.895,13	95,9
Sos. Güv. Kur. Devlet Primi Gid.	714.133.608,00	583.759.360,54	81,7
Mal ve Hizmet Alım Giderleri	1.094.115.201,00	1.076.228.670,99	98,4
Cari Transferler	36.242.777,00	36.242.086,57	100,0
Sermaye Giderleri	1.049.417.248,99	1.048.405.339,33	99,9
Sermaye Transferleri	6.110.803,00	5.532.231,40	90,5
Toplam	5.524.773.291,99	5.266.695.583,96	95,3
Yeşil Kart Toplamı	228.710.000,00	228.342.509,00	99,8
Genel Toplam	5.753.483.291,99	5.495.038.092,96	95,5

Bakanlığın 2012 yılı ödenek ve harcamalarının ekonomik sınıflandırmaya göre dağılımı incelendiğinde yeşil kart ödenegi hariç toplam 5.524.773.292 ₺ ödenek tahsis edilmiş olup 5.266.695.584 ₺ toplam harcama gerçekleşmiştir (Tablo 5).



Bütçe Uygulama Sonuçları

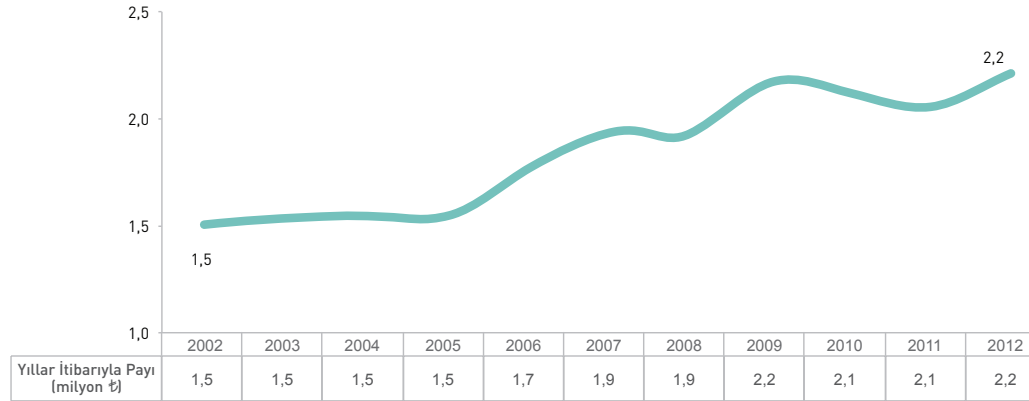
Döner Sermaye Bütçe Uygulama Sonuçları

Bakanlığımıza bağlı döner sermayeli kurum ve kuruluşlar için 2012 yılında global bütçe uygulamasına devam edilmiştir. Bakanlığımıza, 2012 yılı için belirlenen Global Bütçe rakamı 16.290.000.000 ₺'dir.

Bu miktara 2012 yılı global bütçesine ilave olarak verilen 600.000.000 ₺ ile birlikte toplam 2012 yılı global bütçesi 16.890.000.000 ₺ olarak gerçekleşmiştir.

► **Tablo 6:** Sağlık Bakanlığı Global Bütçe Tahakkuk, Global Bütçe ve Terkin Rakamları, (milyon ₺, 2004-2012)

Yıllar	Tahakkuk	Global Bütçe	Terkin
2004	5.451	4.760	691
2005	6.088	4.472	1.616
2006	8.292	7.000	1.292
2007	10.498	9.350	1.148
2008	11.707	10.200	1.507
2009	13.353	11.150	2.203
2010	14.474	12.257	2.217
2011	15.670	14.170	1.500
2012	17.252	16.890	362
Toplam	102.784	90.249	12.535

► **Grafik 9:** Sağlık Bakanlığı Finansmanının GSYİH İçerisindeki Payı, (% , 2002-2012)

Sağlık Bakanlığına ayrılan finansmanın GSYİH içindeki payı 2002 yılında %1,5 iken 2012 yılında %2,2'ye yükselmiştir.

► **Tablo 7:** Sağlık Bakanlığı Finansmanının GSYİH İçerisindeki Payı, (₺, 2002-2012)

Yıllar	GSYİH	SAĞLIK BAKANLIĞI			GSYİH İçindeki Payı (%)
		Global Bütçe	Merkezi Yönetim Bütçe Harcaması*	Toplam	
2002	350.476	2.581	2.510	5.091	1,5
2003	454.781	3.955	3.076	7.031	1,5
2004	559.033	4.760	3.716	8.476	1,5
2005	648.932	4.472	4.993	9.465	1,5
2006	758.391	7.000	5.733	12.733	1,7
2007	843.178	9.350	6.611	15.961	1,9
2008	950.534	10.200	8.099	18.299	1,9
2009	952.559	11.150	9.429	20.579	2,2
2010	1.098.799	12.257	10.574	22.831	2,1
2011	1.298.062	14.170	12.478	26.648	2,1
2012	1.434.712	16.890	14.973	31.863	2,2

*Yeşil Kart rakamları dahil değildir.



► **Tablo 8:** Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarca Hizmet Sunumu için Yapılan Harcamalar, (₺, 2012)

	Merkezi Yönetim Bütçesi (₺)	Payı (%)	Global Bütçe	Payı (%)	Toplam	Payı (%)
Sağlık Bakanlığı*	5.266.695.583,96	35,2	613.518.712	3,6	5.880.214.295,96	18,5
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu	5.189.316.290,69	34,7	15.798.174.343	93,5	20.987.490.633,69	65,9
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu	4.348.536.258,00	29,0	477.252.000	2,8	4.825.788.258,00	15,2
Türkiye İlaç ve Tıbbî Cihaz Kurumu	28.621.497,85	0,2	1.054.945	0,01	29.676.442,85	0,1
Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık G.M.	139.658.173,06	0,9	0,00	0,0	139.658.173,06	0,4
Toplam	14.972.827.803,56	100,0	16.890.000.000	100,0	31.862.827.803,56	100,0

* Yeşil kart rakamları dahil değildir.

► **Tablo 9:** Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlar için Merkezi Yönetim Bütçesinden Ayrılan Pay, (₺, 2012)

	Kesintili Başlangıç Ödeneği*	Yıl Sonu Ödeneği	Harcama	Harcama/ YSÖ Oranı (%)
Sağlık Bakanlığı*	13.813.938.000,00	5.524.773.291,99	5.266.695.583,96	95,3
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu	0,00	5.154.154.644,71	5.189.316.290,69	100,7
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu	0,00	4.462.420.573,00	4.348.536.258,00	97,4
Türkiye İlaç ve Tıbbî Cihaz Kurumu	0,00	40.389.275,20	28.621.497,85	70,9
Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık G.M.	121.403.000,00	264.118.938,00	139.658.173,06	52,9
Toplam	13.935.341.000,00	15.445.856.722,90	14.972.827.803,56	96,9

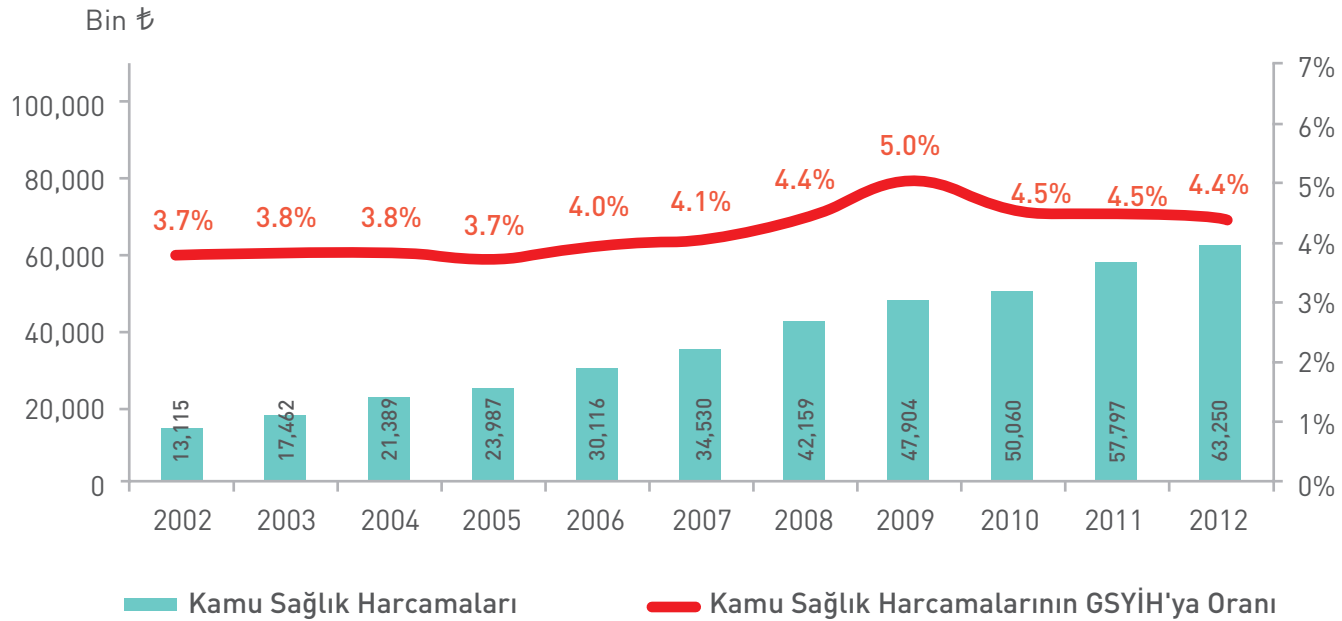
* Sağlık Bakanlığı 2012 yılı bütçesi 663 Sayılı KHK gereği Bakanlık ve Bağlı kuruluşlar arasında yeniden düzenlenmiştir. Bu sebeple ödeneklerin 4.384.717.000 ₺'si Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna, 4.190.597.660 ₺'si Türkiye Halk Sağlığı Kurumuna, 39.124.601 ₺'si de Türkiye İlaç ve Tıbbî Cihaz Kurumuna aktarılmıştır.

Sağlık Harcamalarının Takibi

Sağlık hizmetlerinde kalite ve maliyet etkinliğini sağlanması amacıyla sağlık harcamalarının sistematik olarak izlenmesi, değerlendirilmesi ve gerekli stratejilerin geliştirilmesini sağlamaya yönelik olarak Sağlık Harcamaları İzleme ve Değerlendirme Komisyonunu kurulmuştur. Bu komisyon tarafından sağlık harcamalarının gelişimine ilişkin analizler yapılmakta ve bu analizler sonucunda gerek duyulması halinde yeni politikalar belirlenmektedir.

Sosyal Güvenlik Kurumu, Mahalli İdareler, Milli Savunma Bakanlığı ve Merkezi Yönetim bütçelerinden yapılan Kamu Sağlık Harcamaları yıllar itibarıyla takip edilmektedir.

► **Grafik 10:** Yıllar İtibarıyla Sağlık Harcamaları, (2002-2012)



Not: Veriler 2008 yılına kadar TÜİK, sonraki yıllar Kalkınma Bakanlığına aittir.



Global Bütçe

Global Bütçe; ileriye dönük olarak genellikle bir mali yıl için sunulacak hizmetler karşılığı tahsil edilecek tutarı, diğer bir bakış açısı ile de harcama sınırını ve hedefini ifade eder.

Global Bütçe ile sağlık hizmetleri için ödenecek toplam bedele bir sınır koyarak sağlık harcamalarının kontrol altında tutulmasını amaçladık.

A. Global Bütçe Öncesi Durum

Hizmetin finansmanı, faturalandırma sistemine dayanmaktaydı. Sosyal güvenlik kapsamında olan hak sahipleri, birinci basamak resmi sağlık kurumuna sağlık karnesi ile birlikte vizite kağıdı veya hasta sevk kağıdı ile müracaat edebilmekteydi.

Yeşil Kartlı hastalar Yeşil Kartlarıyla müracaat etmekteydi. Birinci basamak hizmetlerinde sosyal güvencesi olmayan vatandaşlar muayene ücretini cepten ödemek zorundaydı.

Birinci basamakta yapılan muayeneler sonucunda, vizite kâğıdı, hasta sevk kâğıdı veya sağlık karnesi ile yapılan muayene ve tetkikleri gösteren muayene istem fişi, tahlil ve tetkik kâğıtlarının birer fotokopisi çekilerek kuruluştaki saklanmakta, asılları ise aylık olarak il sağlık müdürlüğüne gönderilmekteydi.

İl sağlık müdürlüğü bu şekilde il genelindeki birinci basamak sağlık kuruluşlarından gelen bu belgeleri kişi ve geri ödeme kurumları bazında ayrıştırarak her bir kişi ve geri ödeme kurumu adına verilen hizmet bedelini hesaplayarak fatura kesmekteydi.

İl sağlık müdürlüklerine, geri ödeme kurumları adına kesilen fatura eklerine belgelerin birer örneğini koyulmakta, birer örneğini de dosyada saklamaktaydı. Ayrıca fatura ve eklerini posta yoluyla geri ödeme kurumlarına göndermekteydi. İkinci basamakta yapılan muayeneler sonucunda, vizite kâğıdı, hasta sevk kâğıdı veya sağlık karnesi ile yapılan muayene ve tetkikleri gösteren muayene istem fişi, tahlil ve tetkik kâğıtlarının birer fotokopisi çekilerek kuruluştaki saklanmakta, asılları ise geri ödeme kurumlarına kesilen faturalar ile birlikte gönderilmekteydi.

B. Global Bütçe Uygulama Aşamaları

Global Bütçe Miktarının Belirlenmesi: Maliye Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (SGK) arasında protokol imzalanması ile başlamaktadır. Protokolde;

- SGK kapsamındaki ve Yeşil Kartlı vatandaşlar ile tedavi giderleri Genel Bütçeden karşılanan diğer kişilere sunulan tedavi hizmetleri karşılığında Sağlık Bakanlığına ödenecek toplam miktar,
- Belirlenen tutarın hangi geri ödeme kurumunca, hangi tarihte ve ne miktarda ödeneceği,
- Diğer (Hazine payı gibi) hususlar yer almaktadır.

Global Bütçe Uygulaması: SGK ile Sağlık Bakanlığı arasında “Götürü Bedel Hizmet Alım Sözleşmesi” imzalanmaktadır.

Global Bütçeyi Aşan Alacakların Tespit Edilmesi ve Terkini: Global bütçe ile sağlanan mutabakat gereği tespit olunan ödeme tutarını aşan miktarın terkin edilmesini sağlamak üzere 2012 yılında genel bir Bakanlar Kurulu Kararı çıkarılmıştır. Çıkarılan Bakanlar Kurulu Kararına dayanılarak bundan sonraki yıllarda global bütçeyi aşan ve tahsil edilemeyen hizmet bedelleri terkin edilecektir.

C. Birinci Basamakta Global Bütçe Uygulaması

08/03/2007 tarih ve 5597 sayılı Kanunun 4. maddesi ve 5502 sayılı Kanuna eklenen Ek Madde-2 ile global bütçenin ilk adımını attık. Birinci basamak sağlık kuruluşları tarafından verilen sağlık hizmetlerinde global bütçeyi resmi olarak başlattık ve ödeyici kurumlarla doğrudan hizmet alımı sözleşmeleri imzaladık.

Sosyal Güvenlik Uygulama Tebliği (SUT) kapsamında olup olmadığına bakılmaksızın birinci basamak sağlık kuruluşlarında verilen tüm hizmetlerin, vatandaş için ücretsiz olmasını sağladık.

Sadece muayeneleri değil, birinci basamak sağlık kurum ve kuruluşlarımızca verilen ruhsatlar için alınan sağlık raporları, sürücü ehliyetleri için alınan sağlık raporları, evlilik için alınan sağlık kurulu raporları, kan gurubu tespitleri, kan şekeri ölçümleri gibi her türlü hizmeti de ücretsiz hâle getirdik.

Bu uygulama ile öncelikle vatandaşın birinci basamak sağlık hizmetine erişimini kolaylaştırdık. Başvurularda herhangi bir belge istenmemesini de sağladık.

Vatandaşlarımıza yansıyan olumlu sonuçlarla birlikte kamu kurum ve kuruluşları arasında işleyen bürokrasiyi ve kırtasiyeciliği de azalttık. Geri ödeme kurumlarına fatura ve dayanağı belge gönderme işlemine son vererek sağlık ocaklarında başlayıp geri ödeme kurumlarında son bulan fotokopi, belge, sevk kâğıdı, sağlık karnesi ve faturadan oluşan kırtasiyeciliğin son bulmasını sağladık.

Bu uygulama ile kurumlarımızın finansal açıdan geleceği planlamalarını sağladık. Global bütçe uygulaması ile maliyetlerde azalma, bütçe ve ödeme işlemleri hızında çok ciddi artış sağladık.

Kurumlarımızın gelirleri kadar gider yapmalarını sağlamak için etkin stok yönetimi uyguladık, hizmet alımlarında standartlar belirleyerek tedbirler aldık. Global bütçeye geçilmesi ile birlikte Kanunda %15 olarak belirlenen hazine payının 2009 yılında %1, 2010 yılında %3, 2011 yılında %1 olarak uygulanması sebebiyle işletmelerimizin giderlerini azalttık.



B. Performans Bilgileri

Bakanlığımız Faaliyetleri ve Proje Bilgilerini aşağıda yer alan altı ana başlık altında topladık.

Bu başlıklar altında Bakanlığımız tarafından 2012 yılında yapılan bazı önemli proje ve faaliyetler ile ilgili başlıklar aşağıda yer almaktadır.

A. Koruyucu ve Temel Sağlık Hizmetleri

B. Teşhis ve Tedavi Hizmetleri

C. İlaç ve Eczacılık Hizmetleri

D. Kurumsal Yapılanma ve Kapasite Geliştirme

E. Sınır Ötesi Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Birliği

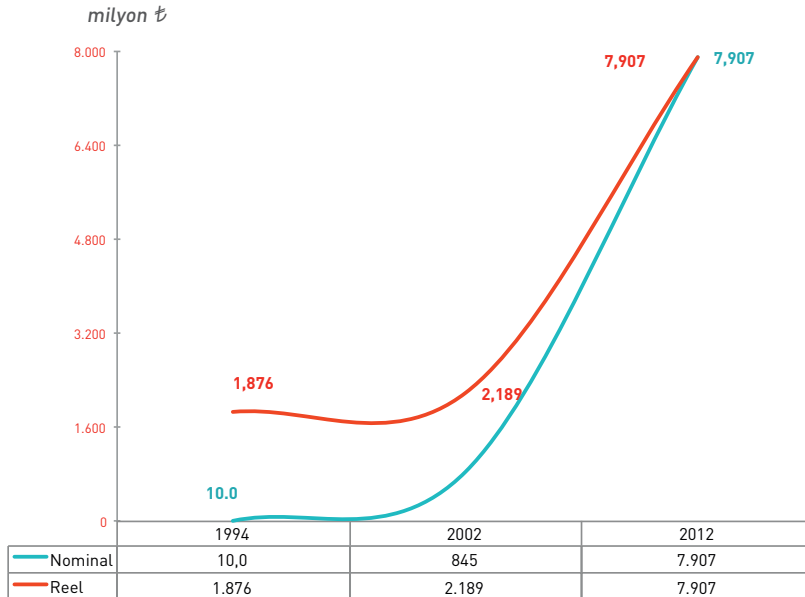
F. Sağlıkta Stratejik Yönetim

A. Koruyucu ve Temel Sağlık Hizmetleri

Toplumu oluşturan bireylerin sağlığını ve sağlık çalışanlarının durumlarını iyileştirmek üzere uygulamaya koyduğumuz yeniliklerin hareket noktasını oluşturmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda temel sağlık hizmetleri esas alınmaktadır. Bu bakış açısıyla temel sağlık hizmetleri alanında çok sayıda yenilik gerçekleştirdik.

Koruyucu ve Temel Sağlık Hizmetleri için 2002 yılında 2.189 milyon ₺ kaynak kullanılmışken 2012 yılında bu rakam 7.907 milyon ₺'ye ulaştı (Rakamlara Döner Sermaye Harcamaları dahildir).

► **Grafik 11: Koruyucu ve Temel Sağlık Hizmetleri İçin Kullanılan Kaynak, (2012 Yılı Fiyatlarıyla-milyon ₺)**



A.1. Aile Hekimliği

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

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

Aile hekimliği öncesinde birinci basamak sağlık tesislerinde 17.800 hekim görev yaparken 2012 itibarıyla 6.717 aile sağlığı merkezinde 20.811 hekim görev yapmaktadır. Böylece vatandaşlarımızın hekime daha kolay ulaşabilmesini sağladık.

2012 sonu itibarıyla 3.634 kişiye bir aile hekimi hizmet vermektedir. Yıllar itibarıyla aile hekimine kayıtlı kişi sayısını kademeli olarak azaltmayı planladık. 2023 yılı hedefimiz 1.680 kişiye bir aile hekiminin hizmet vermesidir.

Aile hekimliği uygulamasına geçilen illerde, vatandaşlarımızın birinci basamak sağlık kuruluşlarını tercihi tüm muayeneler içinde 2002 yılında %36'dan 2012 yılında %38'a çıktı.

A.2. Toplum Sağlığı Merkezleri

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

Süreç içinde aile sağlığı merkezlerinde aile hekimliği uzmanlarının, toplum sağlığı merkezlerinde de halk sağlığı uzmanlarının görev yapmasını hedeflemekteyiz.

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



A.3. Anne ve Çocuk Sağlığı

A.3.1. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Programı

Ülkemizde cinsel sağlık ve üreme sağlığı alanında hizmetlerin kullanılabilirliği ve erişilebilirliğinin artırılması, hizmet kalitesinin yükseltilmesi temel gayedir. Bakanlığımızın yürütmekte olduğu çalışmalara doğrudan destek ve sivil toplum kuruluşlarıyla olan işbirliğinin güçlendirilmesini sağlamak amacıyla Türkiye Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Programını yürütmekteyiz.

A.3.2. Doğum Öncesi Bakım

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

Hazırlanan “Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi”ne göre gebelerin herhangi bir riski yoksa en az 4 kez izlemi sağlanmaktadır. Ayrıca riskli gebelik protokolleri de hazırlanmaktadır. Bu kapsamda epilepsi, diabetes mellitus, astım riskli gebe protokolleri hazırladık.

A.3.3. Anne Dostu Hastane Programı ve Misafir Anne Projesi

Gebe, lohusa izlemine ve güvenli koşullarda tüm doğumların hastanede gerçekleştirilmesini sağlayarak anne ve bebek ölümlerini azaltmak amacıyla ‘Anne Dostu Hastane Programı’nı başlattık.

Belirlenen 10 kriteri yerine getiren hastane ‘Anne Dostu Hastane’ ünvanı almaktadır.

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

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

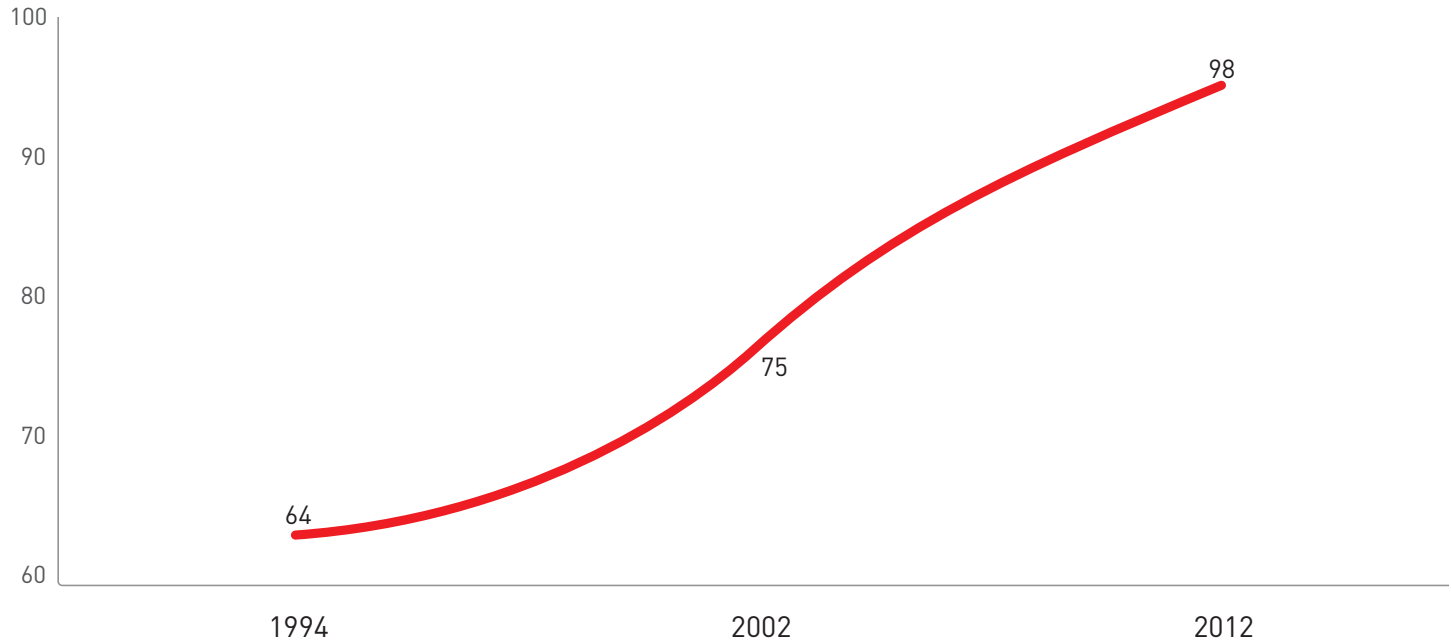
Başlatılan uygulamalardan biri de “Misafir Anne Projesi”dir.



Bu uygulama kapsamında riskli gebelerin güvenli ortamlarda misafir edilmesine başladık. Uygulama ile mevsim şartları itibarıyla riskli bölgelerde ikamet eden gebeler doğum yapmalarına dört hafta kala tıbbî bakım ve barınma imkânı sağlanmak üzere

“Anne Otelleri / Misafirhaneleri”ne davet edilmekte ve daveti kabul edenler doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakımları yapılarak ulaşım şartlarının uygun olduğu zamanlarda evlerine götürülmektedir.

► **Grafik 12:** Türkiye’de Hastanelerde Yapılan Doğum Oranı, (2012), (%)



Kaynak: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

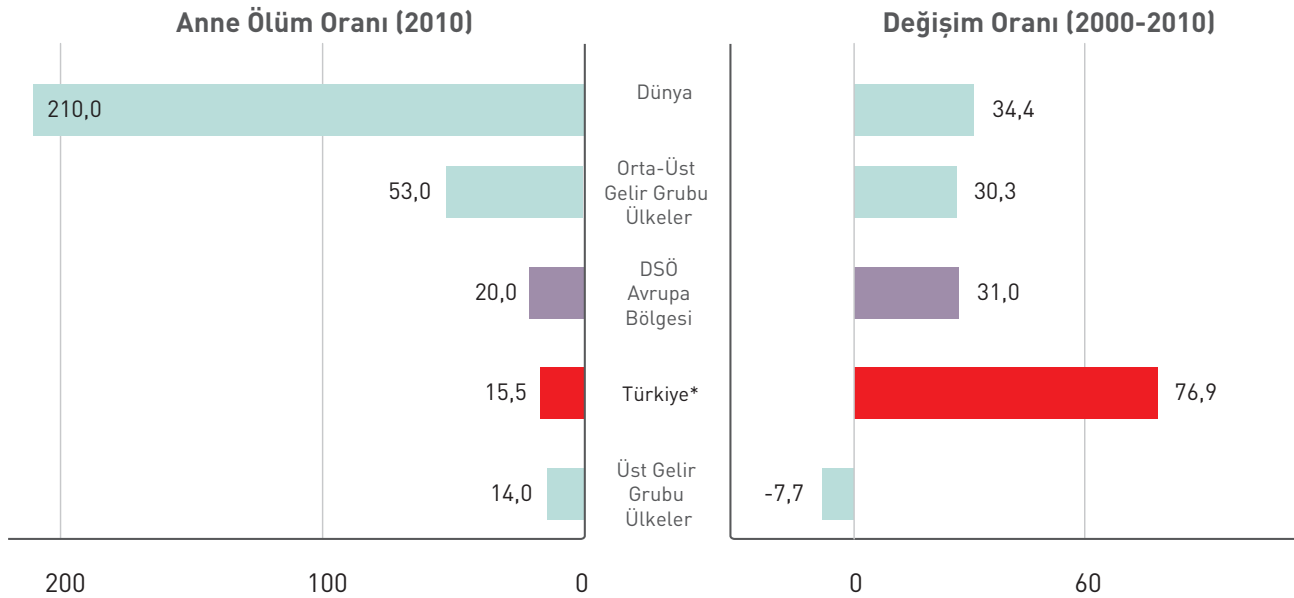


Anne Ölümünü İzleme

Anne ölümünü önlemede ve istenmeyen gebeliklerin önlenmesi ve annelerin iki yıldan kısa aralıklarla gebe kalmalarının önlenmesi önemlidir. Üreme sağlığı kapsamında doğum kontrol yöntemi uygulayan kişilere ait ziyaret sayısı 2002 yılı için 4 milyona yakın iken 2011 yılı sonunda 8 milyonu geçti.

Doğurgan çağındaki kadınlarımızın %73'ü doğum kontrol yöntemi (herhangi bir yöntem) kullanmaktadır. Bu oran, DSÖ Avrupa Bölgesi oranının üzerindedir.

► **Grafik 13:** Anne Ölüm Oranlarının Uluslararası Karşılaştırması, (Yüz Bin Canlı Doğumda)



Kaynak: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, World Health Statistics 2012

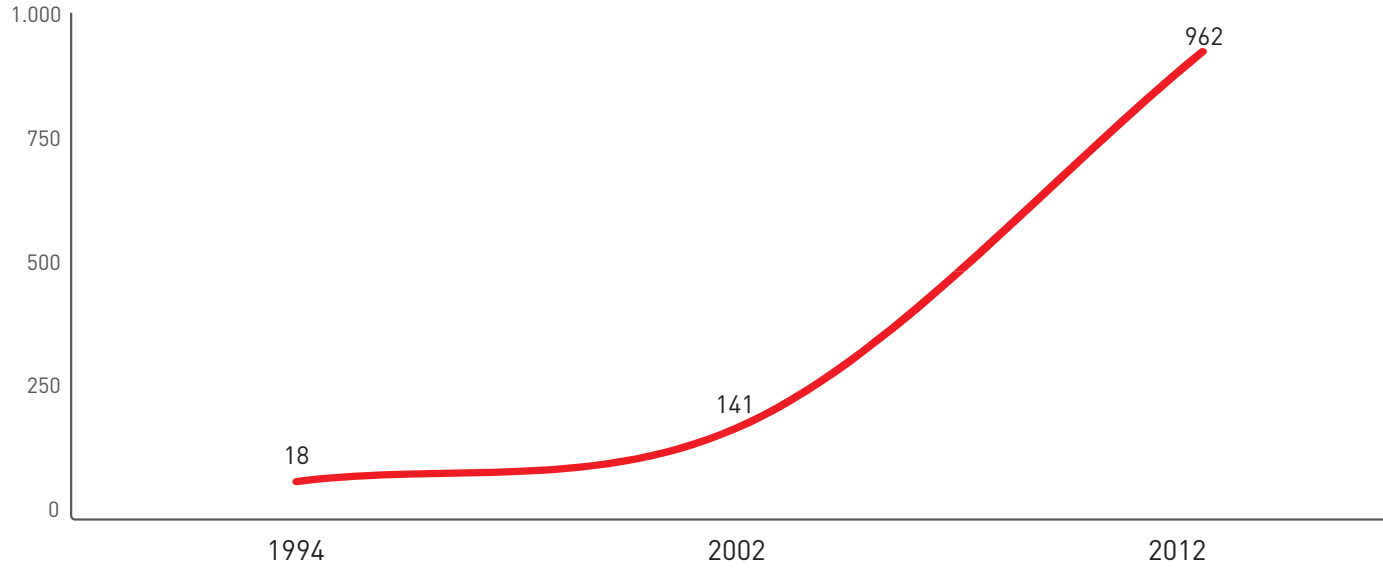
Not: Türkiye verisi 2011 yılına aittir.

A.3.4. Bebek Dostu Hastaneler

Bebeklerin ilk 6 ay sadece anne sütüyle beslenmesi, altıncı aydan sonra ek gıdalarla birlikte anne sütüne 2 yaşına kadar devam edilmesi bebek ölümlerini %20'ye yakın oranda önlemektedir. Anne sütünün teşviki amacıyla başlattığımız “Bebek Dostu Hastane” sayısı 2002’de 141 iken 2012 yılında 962 oldu.

Bu şekilde doğum yapılan tüm hastanelerimiz “Bebek Dostu Hastane” oldu. Bebek dostu hastanelerimizde doğan her bebek anne sütü ile beslenerek hayata sağlıklı bir başlangıç yapmaktadır.

► **Grafik 14:** Bebek Dostu Hastane Sayısı



Kaynak: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu



A.3.5. Demir Gibi Türkiye Projesi

Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre dünya nüfusunun yaklaşık %30'unda, dünyadaki gebe kadınların ise yarısından fazlasında demir eksikliği anemisi olduğu tahmin edilmektedir. Ülkemizde çok yaygın görülen demir eksikliği anemisi, yapılan çeşitli araştırmalarda elde edilen sonuçlara göre genel olarak 0-5 yaş grubu çocukların ortalama %50'sinde, okul çağı çocuklarının %30'unda, emzikli kadınların %50'sinde görülmektedir.

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

A.3.6. Yenidoğan Tarama Programları

Yenidoğan bebeklerin hayata sağlıklı başlayabilmelerini sağlamak amacıyla ülke düzeyinde yenidoğan tarama programlarını genişlettik. Daha önce başlatılmış olan fenilketonüri taramasını yaygınlaştırdık. Çocuklarımızın özellikle nörolojik gelişimi açısından hayati öneme sahip olan konjenital hipotiroidi taramasını 2006 yılı sonunda, biyotinidaz eksikliği taramasını ise 2008 yılı sonunda başlattık. Böylece yakalandığında kolayca önlenabilen, ancak gözden kaçırıldığında telafisi imkansız sonuçlar doğurarak zihinsel ve bedensel gelişme geriliğine yol açan fenilketonüri ve konjenital hipotiroididen bebeklerimizi büyük ölçüde korumuş olduk. Fenilketonüri ve hipotiroidi taramalarında hedef nüfusun %96,5'ine ulaştık. Tüm illerimizde işitme taramalarına başladık. Henüz tarama yapmayan hastanelerimize işitme taraması cihazları temin edilmesi için alımlar yapmaktayız.

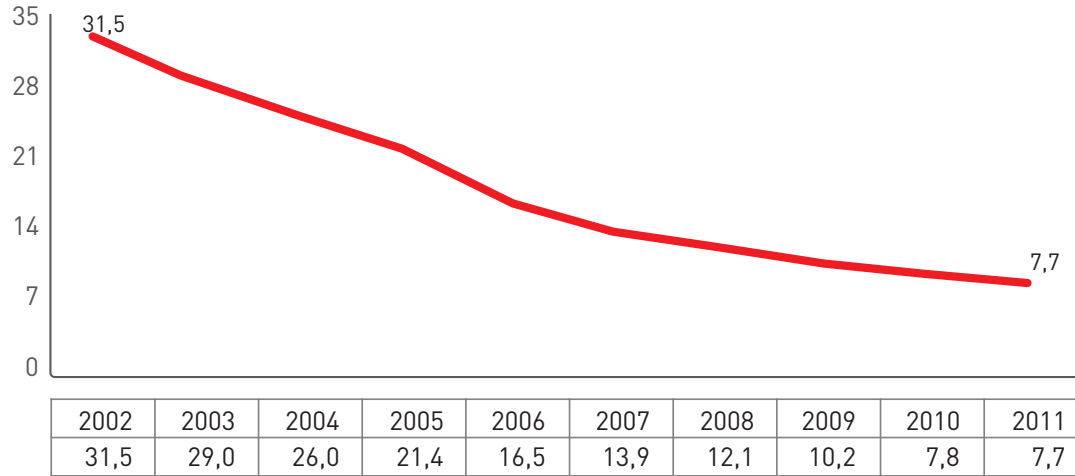
A.3.7. Yenidoğan Yoğun Bakımı

Sağlık Bakanlığı hastanelerinde 2002 yılında 665 olan yenidoğan yoğun bakım yatak sayısını, 2012 sonu itibarıyla 3.114'e çıkardık. Transport kuvöz sayısını 158'den 994'e, ventilatör sayısını 252'den 4.788'e çıkardık.

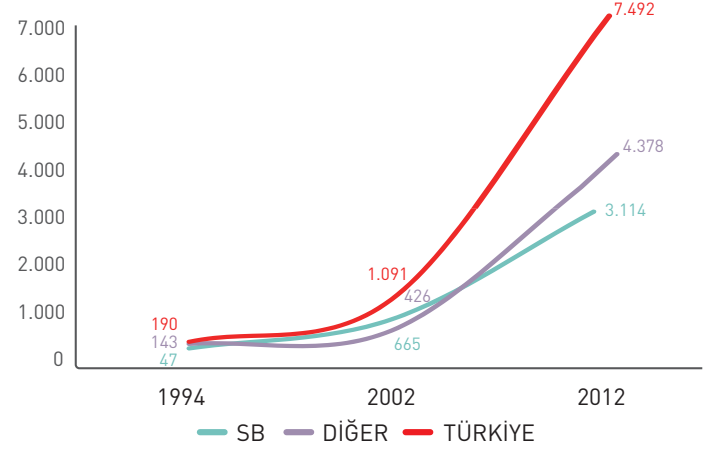
Bebek Ölümelerini İzleme

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması sonuçlarına göre 2003 yılında binde 29 olan bebek ölüm hızı, 2008 yılında binde 12,1 Bakanlık verilerine göre 2011 yılında binde 7,7 olarak gerçekleşti.

► **Grafik 16: Türkiye'de Yıllara Göre Bebek Ölüm Hızı, (binde)**



► **Grafik 15: Yenidoğan Yoğun Bakım Yatak Sayıları**



Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Kaynak: 2003, 2008 TNSA, 2002, 2004-2010 Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2011 İstanbul Üniversitesi, Marmara Üniversitesi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi "Bebek ve Beş Yaş Altı Ölüm Araştırması 2012"



A.4.Başıııklama Programları

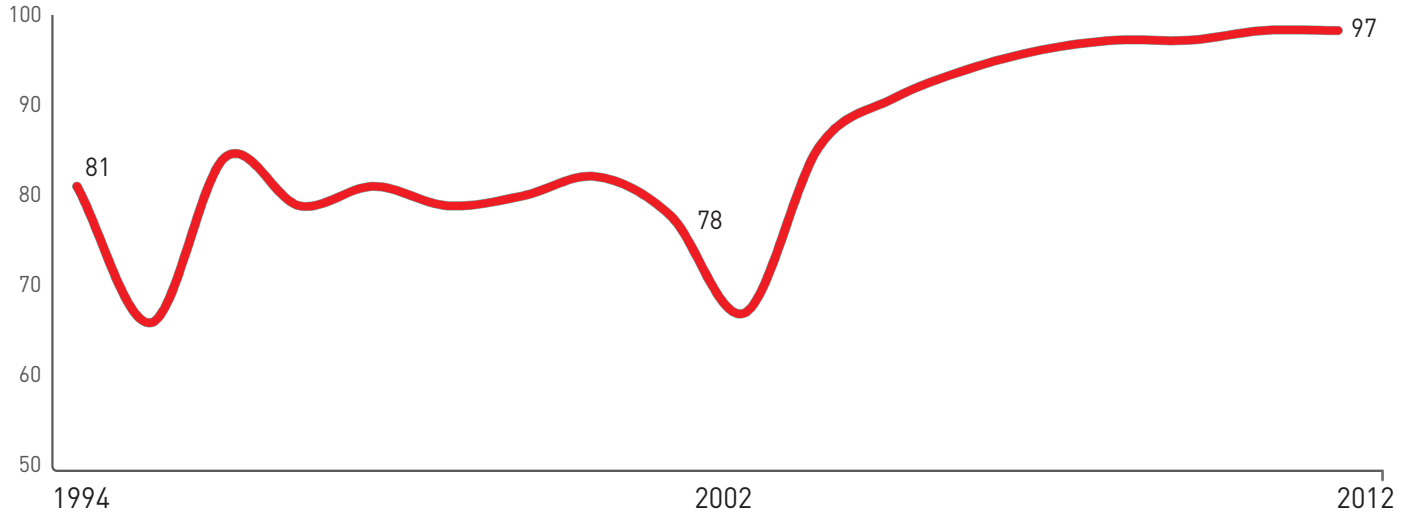
A.4.1. Aşılar

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

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

2002 yılında hedef çocuk nüfusunun aşılama oranı yurt genelinde %78 idi; Güneydoğı'da bazı illerimizde bu oran %50'nin altındaydı.

► **Grafik 17:** Yıllar İtibarıyla Aşılama Oranları, [%]



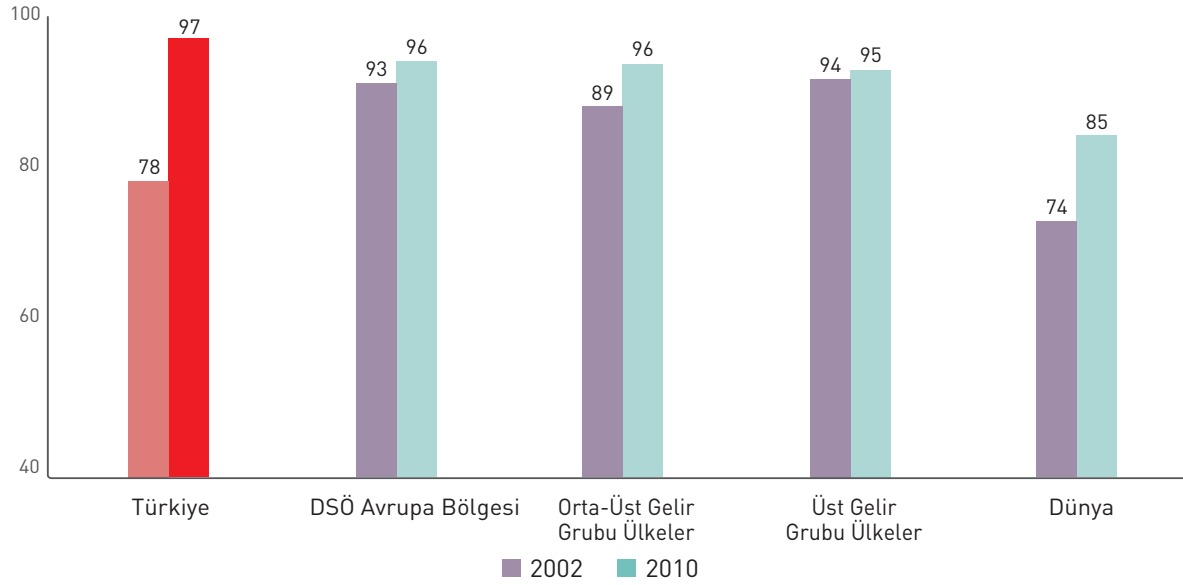
Kaynak: Türkiye Halk Sağıığı Kurumu

A.4.2. Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP)

GBP'nin temel amacı; doğan her bebeğin aşı takvimine uygun olarak Boğmaca, Difteri, Tetanoz, Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak, Tüberküloz, Poliomyelit, Hepatit B, Hemofilus İnfluenza Tip B'ye bağlı hastalıklar ve Streptococcus Pneumoniae ile oluşan invaziv pnömokokal hastalıklara karşı bağışık hale getirilmesidir.

“Genişletilmiş” deyimi ise aşısız veya eksik aşıli bebek ve çocukların tespit edildiği anda aşılmasının sağlanması ve bu uygulamanın ülke genelinde her yerde eşit olarak yapılması anlamındadır.

► **Grafik 18:** (DaBT+IPA+Hib) Aşılama Oranlarının Uluslararası Karşılaştırması, (%), (2002, 2010)



Kaynak: DSÖ Global Health Observatory Database, World Health Statistics 2011, 2012



A.4.3. Bulaşıcı Hastalıklarla Mücadele

Tüberküloz (TB)

Tüberküloz kontrolü için DSÖ tarafından küresel bir kontrol programı, ülkemizde ise aynı standartlarda ve paralelde bir " Ulusal Tüberküloz Kontrol Programı" uygulanmaktadır.

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

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

DSÖ'nün tüberküloz insidansı ile ilgili hedefi, 2015 yılına kadar insidans hızı artışının durdurularak geriye çevrilmesidir.

Türkiye'nin tüberküloz insidans hızı, yıllara göre azalmakta olup 2002 yılında yüz binde 33 iken 2011 yılında yüz binde 24'tür.

Diğer taraftan 2002 yılında yüz binde 38 olan prevalans hızını 2011 yılında yüz binde 24'e düşürdük.

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

Kızamık

Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi'nin 'Kızamık Eliminasyon Hedefi'ne paralel olarak 2010 yılı sonuna kadar kızamık ve kızamıkçığı elimine etmeyi ve konjenital kızamıkçık sendromunu kontrol altına almayı hedef olarak benimsedik ve çalışma programımıza aldık.

Türkiye'de kızamığa bağlı morbidite ve mortalitenin yüksekliğini, Dünyada ve Avrupa Bölgesi'nde son yıllarda kaydedilen gelişmeleri ve tecrübeleri de dikkate alarak 2002-2010 yıllarını kapsayan "Kızamık ve Kızamıkçığın Eliminasyonu ve Konjenital Kızamıkçık Sendromunun (KKS) Önlenmesi Programı"nı hazırladık. Programın amacı Türkiye'de kızamık ve kızamıkçık hastalıklarını elimine etmek, KKS'yi önlemek ve bu düzeyleri sürdürmektir.

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

Bu oranı %97'nin üzerinde sürdürmeyi hedeflemekteyiz.

Sıtma

Bulaşıcı hastalıklar alanında yürütmekte olduğumuz yoğun çalışmalar sonucu çarpıcı başarılar elde ettik. Sıtma ile savaşta büyük bir başarı sağladık. 2002 yılında 10 binin üzerinde olan sıtma vaka sayısını, 2010, 2011, 2012 yıllarında sıfıra düşürdük. Sıtma hastalığını ülkemiz için ciddi bir sorun olmaktan çıkardık ve eliminasyon (yok etme) sürecine girdik. Türkiye DSÖ Avrupa Bölgesinde Tacikistan ile birlikte en başarılı ülke seçildi.

► **Tablo 10: Yerli Sıtma Vaka Sayısı ve Morbidite Hızları**

Yıllar	Nüfus	Vaka Sayısı	Morbidite Hızı (100.000)
2010	73.722.988	0	0,00
2011	74.724.269	0	0,00
2012	75.627.384	0	0,00

Kaynak: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu



Su ve Besinlerle Bulaşan Hastalıklar

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

- 2010 yılından itibaren yıl boyunca ishale seyreden hastalıkların günlük sürveyansına başladık. Su ve besinlerle bulaşan hastalıkların takip edilmesi amacı ile erken uyarı ve yanıt sistemi (EUYS) çalışmalarını başlattık.
- Bildirim sistemi içerisinde su ve besinlerle bulaşan hastalıkların etkenlerinin tespit edilerek bildiriminin sağlanması amacı ile D grubu bildirim zorunlu etkenler arasında yer almasını sağladık.

Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar ve HIV/AIDS

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

Küresel Fon Merkezi ile Bakanlık olarak 2005 yılında Türkiye HIV/AIDS Önleme ve Destek Programı adında 2,5 yıllık bir proje gerçekleştirdik. Proje kapsamında özellikle HIV/AIDS hastalarının ağırlıklı olarak bulunduğu illerde çeşitli çalışmalar yürüttük. Gönüllü danışmanlık ve test merkezleri kurduk. Bu merkezlerde görev yapan sağlık personeline danışmanlık ve test eğitimleri verdik.

Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonların (CYBE) kontrolüne yönelik yürütülen faaliyetlere bilimsel destek sağlamak amacıyla ilk kez 2010 yılı içerisinde “Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar Bilim Kurulu”nu oluşturduk.

A.4.4. Bulaşıcı Hastalıklar İhbarı ve Bildirim Sistemi

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

Bu çalışma ile;

- Bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıkları A, B, C ve D olmak üzere dört grup olarak sınıflandırdık.
- Bildirime esas bulaşıcı hastalıklar listesini (daha önce 36 olan bildirim zorunlu bulaşıcı hastalık sayısını 51 olarak) güncelledik.
- Standart vaka tanımları getirdik, enfeksiyon hastalığı bildiriminin klinik gözleme dayalı (opinion based) değil daha ziyade laboratuvaradan elde edilmiş somut bulgulara (evidence based) ve yayınlanmış olan rehberde yer alan vaka tanımları kriterlerine uygun olmasını sağladık.
- Hastalıkların bildiriminde bazı özelliklere göre gruplandırmalar yaptık.
- Bazı enfeksiyon etkenlerini de bildirim listesine dâhil ettik. Belirlediğimiz enfeksiyon etkenlerinin ilgili laboratuvarlardan bildirimlerinin yapılmasını sağladık.
- Laboratuvarların doğrudan ve dolaylı olarak sistem içinde rol almasını sağladık.

A.4.5. Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA)

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

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

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

KKKA ile mücadele kapsamında:

- Kene tutunması durumunda kullanılmak üzere kene çıkarma kartı dağıttık.
- Hastaların daha yakından takip ve tedavi gerektiren durumlarda bir üst basamak sağlık kuruluşuna sevk edilmeleri gerekmektedir. Sevk edilecek hastalar için 16 ilde bölge merkezleri oluşturduk.
- Hastaların tedavisinde kullanılmak üzere immün serum oluşturduk. Bu çalışma kapsamında bazı hastaların tedavisinde kullanılmaktayız.
- Ribavirin adlı ilacın etkinliğini araştırmak üzere bir çalışma grubu oluşturduk. Bu çalışmanın hazırlıkları sürmektedir.
- Vaka görülen yerleri tespit ederek bu bölgelerdeki kene popülasyonunu araştırdık, hastalık etkenini taşıyan kenenin Hyalomma soyuna ait olduğunu tespit ettik.
- Ülkemizin kene ve vaka haritasını çıkardık.
- KKKA hastalığının bildirimi için internet tabanlı bildirim sistemi oluşturduk. Vaka bazlı sürveyans yürütmekteyiz.



A.5. Kanserle Savaş Çalışmaları

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

Birincil korunma ile önlenebilen en önemli kanser olan akciğer kanserleri ülkemizde ve dünyada en sık görülen kanserlerdir.

Kanserle mücadele konusunda 2009-2015 yılları arasını kapsayan bir Ulusal Kanser Kontrol Programı yaptık.

Kanser kontrol politikalarımız ve KETEM'ler (Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri), Dünya Sağlık Örgütü Kanser Raporu 2008 kitabında örnek model olarak gösterildi.

Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM)

KETEM'ler "Erken teşhis hayat kurtarır!" prensibiyle yola çıkarak meme, rahim ağzı ve kolorektal kanserler ile ilgili tarama ve halk eğitimi programları yürütmektedir.

2012 yılında KETEM sayımız 124'tür.

Hedeflerimiz:

- Meme, serviks, kolorektal ve cilt kanserlerine bağlı ölümleri azaltarak, toplumun sağlık düzeyini yükseltmek
- Taramanın hedef grubu olan sağlam kadın ve erkeklere kanserle ilgili bilgiler ulaştırarak toplumun kanserle ilgili farkındalığını arttırmak
- Hedef nüfus içinde taramaya katılan kişi yüzdesini yükseltmek
- Toplumda farkındalık artışını sağlamak
- İleri evrede tanı alan kanser olgularını azaltmak
- Yeni kanser vakalarını azaltmak

A.6. Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetleri

Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetinin amacı, ağır ruhsal bozukluğu olan (şizofreni vb psikotik bozukluklar ve duygudurum bozuklukları gibi kronik ruhsal hastalıklar) hastalara, psiko-sosyal destek hizmetlerinin verilmesini, takip ve tedavilerinin gerektiğinde evde sağlık hizmetleri uygulamasına entegre bir şekilde yaşadıkları ortamda sunulmasını sağlamaktır.

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

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

Merkezler, hizmet verdikleri bölgelerde ikamet eden ağır ruhsal bozukluğu olan hastaları; aile hekimlikleri, psikiyatri klinikleri, kaymakamlıklar, Aile ve Sosyal Politikalar il müdürlükleri ve diğer kurum ve kuruluşlar tarafından tutulmakta olan kayıtları da kullanarak kendi veri tabanlarına eklemektedirler.

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

52 ilde 65 merkez açtık. Söz konusu merkezlerin ülke geneline yaygınlaştırılma sürecini tamamlayarak 2015 yılına kadar toplam 236 toplum ruh sağlığı merkezi ile hizmet vermeyi planlıyoruz.



A.7. Tütün, Alkol ve Madde Bağımlılığı ile Mücadele

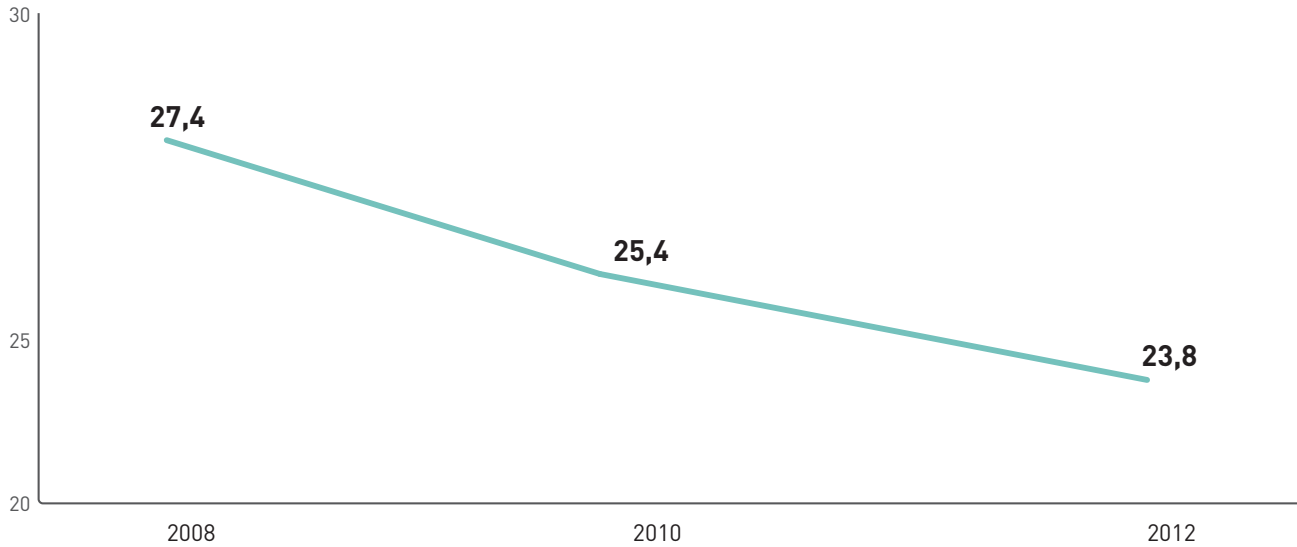
Dumansız Hava Sahası

Ülkemizde sigara önemli bir halk sağlığı sorunudur. Önlenabilir hastalık ve ölüm sebeplerinin en önde gelenlerinden biridir. Günümüzde %80'i gelişmekte olan ülkelerde olmak üzere, dünyada 1,3 milyar kişi ülkemizde ise 16 milyon kişi sigara içmektedir. Ülkemizde her yıl yaklaşık 100 bin kişi tütün kullanımına bağlı hastalıklar nedeniyle hayatını kaybetmektedir.

Ülkemiz tütün tüketimi açısından Avrupa'da üçüncü, dünyada yedinci sırada bulunmakta, yetişkin erkeklerde bağımlılık oranı %40 civarında hesaplanmaktadır.

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

► **Grafik 19:** 15 Yaş ve Üzeri Nüfusun Her Gün Tütün ve Tütün Mamülü Kullanım Oranı, (%)



Kaynak: 2008-2012, Küresel Yetişkin Tütün Araştırması, TÜİK
2010 Sağlık Araştırması, 2011, TÜİK

Alkol ve Madde Bağımlılığı

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

Bu konuda Türkiye Alkol Kontrol Programı ve Eylem Planını hazırladık. Türkiye Alkol Kontrol Programı ile özellikle çocuk ve gençlerin alkolün zararlı etkilerinden korunması için toplumu bilinçlendirmeyi hedeflemekteyiz.

A.8. Sağlıklı Gelecek İçin Sağlıklı Beslenme

Obezite ile Mücadele

Ülkemizde görülme sıklığı giderek artan, çocuklarımızı ve gençlerimizi etkileyen obezite ile mücadele etmek, toplumun bilgi düzeyini arttırarak bireylerin sağlıklı beslenme ve düzenli fiziksel aktivite alışkanlığı kazanmalarını teşvik etmek ve böylece obezite ve obezite ile ilişkili hastalıkların (kalp-damar hastalıkları, diyabet, hipertansiyon, kas-iskelet sistemi hastalıkları gibi) görülme sıklığını azaltmak amacıyla “Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı”nı hazırladık.

► **Tablo 11:** Tüm Yaş Gruplarında Beden Kitle İndeksi Yüzdeleri, (2010)

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

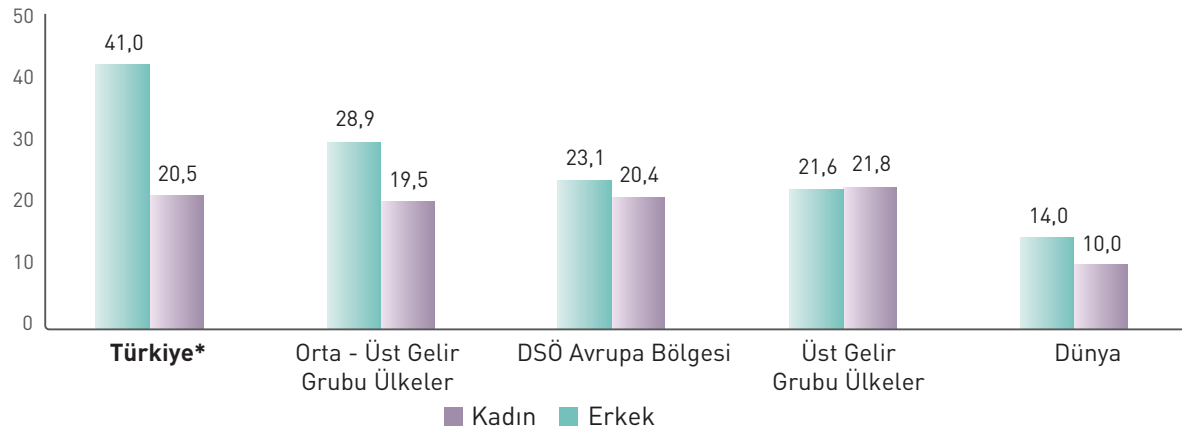
Kaynak: Türkiye Beslenme Sağlık Araştırması 2010



Obezite İle Mücadele kapsamında;

- Bakanlığımız bünyesinde Obezite ile Mücadele Yürütme Kurulu, Bilim Danışma Kurulu ve Koordinasyon Kurulu ile 81 ilde valilikler bünyesinde Yeterli ve Dengeli Beslenme ve Hareketli Yaşam Kurulu oluşturduk. Ayrıca il sağlık müdürlükleri bünyesinde “Obezite Birimleri”ni kurduk.
- Aile Hekimliği Bilgi Sistemi içine bireylerin obezite durumunun belirlenmesi amacıyla obezite izlemi ile ilgili verileri de dâhil ettik. Böylece bireylere ait beden kitle indeksi (BKİ), bel çevresi, kalça çevresi gibi verilere ulaşma imkânı sağladık.
- Yeterli ve dengeli beslenmenin bir göstergesi olarak “Türkiye Okul Çağındaki Çocuklarda Büyümenin İzlenmesi Projesi”ni ilgili bakanlık ve üniversiteler ile işbirliği içinde ilköğretim okullarında gerçekleştirdik.
- Halk sağlığının korunması ve hastalıkların oluşumunun önlenmesinde multidisipliner bir yaklaşım ile toplumumuzda tuz tüketiminin kademeli olarak önerilen seviyelere düşürülmesi amacıyla 2010 yılı içinde ulusal bir program başlattık.
- Sağlıklı beslenme açısından önem taşıyan tam buğday unundan ekmek üretiminin ve tüketiminin arttırılması yönündeki çalışmalarımıza başladık.
- Beslenme ile ilgili olarak topluma yönelik bilgi kaynağı oluşturmak üzere bilimsel gerçekler temelinde hazırlanan www.beslenme.saglik.gov.tr internet adresini faaliyete geçirdik.

► **Grafik 20: Obez Bireylerin Cinsiyete Göre Uluslararası Karşılaştırması, (2010)**



Kaynak: Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010

A.9. Acil Sağlık Hizmetleri

Acil Sağlık Hizmetleri, üzerinde önemle durulması gereken bir halk sağlığı konusudur. Acil hastalık ve yaralanma hallerinde en kısa sürede bir sağlık ekibiyle birlikte olay yerine ulaşmak, yerinde ilk müdahaleyi yapmak ve kişiyi gerekiyorsa en kısa sürede ihtiyacı olan sağlık yardımını alabileceği bir merkeze ulaştırmak önemlidir.

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

Acil hasta taşıma hizmetleriyle ilgili gücümüzü 6 kat geliştirdik. Artık şehirlerimizde vakaların %94’üne ilk on dakikada, kırsal alanda vakaların %96’sına ilk otuz dakika içinde ulaşabiliyoruz.

2002 yılı sonunda 618 olan tam donanımlı 112 ambulansı sayısını 2012 yılı sonu itibarıyla 3.351’e ulaştırdık. Ambulanlarımızda sadece nicelik yönünden değil, nitelik yönünden de gelişme kaydettik. Tüm ambulanslarımız donanım ve özellikleri ile aynı zamanda Avrupa Birliği standardı da olan TS-EN 1789’a uygun hale geldi. 2002 yılı sonunda 481 olan 112 istasyon sayısını ise 2012 yılı içinde 1.863’e çıkardık. Acil sağlık hizmetlerinde belirlediğimiz hedefleri aştık. Ülkemizin her noktasında 112 Acil hizmeti verir duruma geldik.

Her türlü coğrafi ve iklim şartlarında müdahale edebilmek amacıyla kar üstünde gidebilen ambulanslar temin edilmiş, kar nedeniyle ulaşılamayan hasta kalmamıştır. 2012 yılı sonu itibarıyla 299 adet kar paletli, 20 adet önünde kar bıçağı bulunan kombi paletli snow-trak, 55 adet 4 sedyeli ve 60 adet Yoğun Bakım&Obez Ambulansı hizmet vermektedir.

Kar paletli ambulanslar ile 2012 yılında toplam 2.270 hasta taşınmıştır. 52 motorize ambulans ile 9.034 kişiye hizmet verilmiştir.

Adalardan ve sahil bölgelerimizde hasta naklini sağlamak amacıyla 4 adet deniz ambulansı temin edilerek İstanbul, Balıkesir-Marmara Adası, Çanakkale-Gökçeada’da vatandaşlarımızın hizmetine sunduk. Deniz ambulanslarımızla hizmete girdiği 2007 yılından itibaren; 2012 yılı dahil toplam 1.414 hasta taşındık.



Ayrıca Nisan 2010'dan itibaren birisi turbojet ve uzun mesafeli, diğeri de turboprop pervaneli (kısa pisti olan havaalanlarına da inebilecek yapıda) iki adet ambulans uçak ile yurt içi ve yurt dışından acil hasta veya yaralı vatandaşlarımızın naklini gerçekleştirmeye başladık.

Turbojet ambulans uçağı 5.300 km, turboprop ambulans uçağı ise 3.500 km uçuş menziline sahip olup her iki uçağıda iki hastanın yatarak naklini sağlayabilecek ve yoğun bakım şartlarında her türlü tıbbî müdahaleyi yapabilecek tıbbî ekipman ile donattık.

Ayrıca uçaklarda bulunan transport kuvözleri ile yenidoğan bebeklerin yoğun bakım şartlarında nakli yapılabilmektedir.

Ambulans helikopterler ise 450 km uçuş menziline sahip olup acil vakaların hastaneler arasında naklinde, trafik kazalarında otoyollara inerek olay yerinde müdahale ve doğrudan hastaneye naklinde ve dağda mahsur kalan birçok acil yardıma ihtiyaç duyan vatandaşın kurtarılmasında önemli görevler yapmaktadır.

Tüm illerimizde 112 komuta kontrol merkezlerinin dijital sistem altyapısı tamamlanmış ayrıca Bakanlık bünyesinde kurulan kriz merkezinde 24 saat on-line takip yapılmaktadır. Dijital sistem altyapısı ile illerde gelen çağrılar dijital haritalar üzerinden yer tespiti, ses kayıtları, ambulans ve helikopterlerin takibi ile hastanelerdeki kritik yatak durumları izlenebilmektedir.

112 acil sağlık hizmetleri 2012 yılında toplam 3.230.371 hastaya hizmet sunmuştur.

► **Tablo 12: Ambulansların Hasta Taşıma Sayısı, (2012)**

Helikopter Ambulansla Taşınan Hasta sayısı	3.155
Uçak Ambulansla Taşınan Hasta Sayısı	1.380
Kar Paletli Ambulansla Taşınan Hasta Sayısı	2.270
Motorize Ambulansla Taşınan Hasta Sayısı	9.034

Afetlerde Sağlık Organizasyonu ve Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi (UMKE)

“Afetlerde Sağlık Organizasyonu Projesi”ni yurdumuzda başta deprem olmak üzere yaşanabilecek muhtemel afetler için hayata geçirdik. Afetlerde en kısa sürede medikal kurtarma hizmetlerinin sunulması, hasta veya yaralı naklinin en hızlı ve güvenli şekilde sağlanması ve bütün bu işler için gerekli profesyonel yönetim organizasyonunda görev alacak iyi eğitilen ve ihtiyaca uygun donatılan ekipler teşkil ettik.

Proje kapsamında “Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi” (UMKE) kurduk. 4.909 gönüllü sağlık personelinin oluşan Avrupa’nın en büyük ulusal medikal kurtarma ekibine sahibiz.

Yurt dışında da müdahale yapabilecek kabiliyetlere sahip bu ekipler, İran ve Pakistan depremleri, Endonezya deprem ve Tsunami faciası ile son olarak Haiti depremi ve Pakistan sel felaketinde ülke olarak iftihar ettiğimiz görevler yerine getirdiler.

Bakanlığımızda, afet ve her türlü olağandışı olaya anında müdahale edebilmek, tüm kurumlar ile koordinasyonu sağlayarak ölüm ve sakatlıkları en aza indirebilmek amacıyla Sağlık Afet Koordinasyon Merkezini (SAKOM) kurduk. Bu merkezde 24 saat yurt içi ve yurt dışında meydana gelen afet ve olağandışı olayların takibini yapmakta ve bunlara anında müdahale etmekteyiz. Bu sistem ile yurt içi ve yurt dışı haber kanallarından oluşan 16 adet yayını aynı anda takip etmekte, internet üzerinden son dakika haberleri izlemekte ve Kandilli Rasathanesi’ne

bağlı olarak deprem monitörünü 24 saat takip etmekteyiz. Son teknoloji ürünü ekipmanlarla donatılan merkezde HF telsiz sistemleri ile uzak mesafe görüşmeleri yapabilmekte iller ile görüntülü haberleşmeyi sağlayan video telekonferans yöntemi ile canlı görüşme yapabilmekteyiz.

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

Her biri 8 çadırdan oluşan 44 adet Mobil Acil Müdahale Ünitesi temin ettik. Zorlu iklim şartlarında hizmet verebilecek 16 adet sahra hastanesi çadırı temin ettik. İçerisinde kimyasal olaylarda ihtiyaç duyulan dekontaminasyon ünitelerinin de bulunduğu bu hastaneler bölge merkez illerimize tahsis etmeye başladık. Böylece ülke genelinde afetlere hazırlık kapasitemizi arttırdık.

2012 yılında;

- UMKE personel bilgilerini güncelledik.
- 81 ilin yıllık UMKE faaliyet raporlarının kontrollerini yaptık.
- Ekim 2011 tarihinde meydana gelen Van Erciş depreminde, 27.03 2012 tarihine kadar 1488 UMKE personeli görevlendirdik.







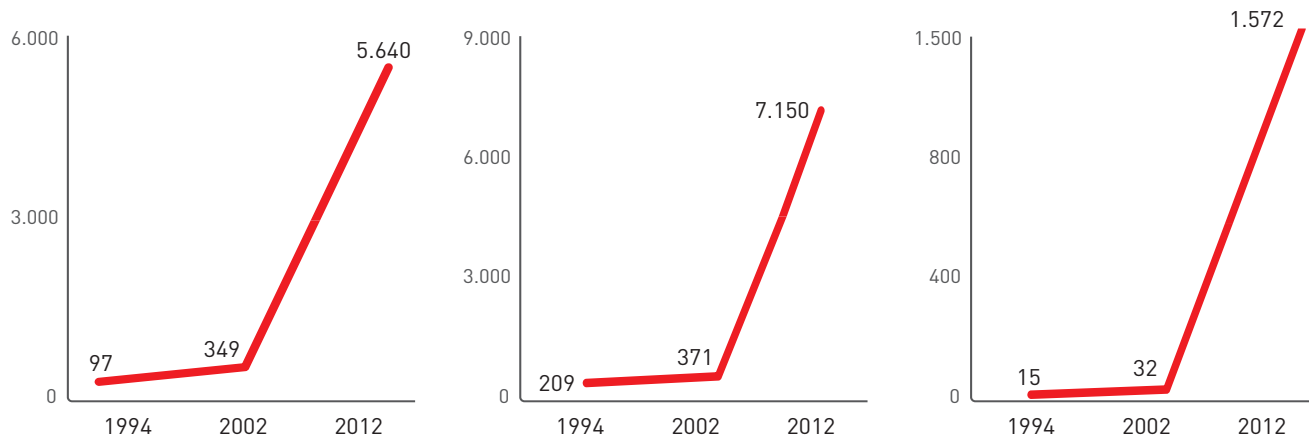
A.10. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri

Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Stratejik Eylem Planı kapsamında;

Toplumda ağız ve diş sağlığı bilincinin oluşturulabilmesi için anne adayından başlayarak gebelik döneminde annenin ve anne rahmindeki bebeğin ergenlik dönemine kadar ağız ve diş sağlığının izlenmesi, düzenli takibinin yapılarak sağlıklı bir birey olarak topluma kazandırılması ve periyodik diş hekimi kontrolünün sağlanmasında birliktelik olması amacıyla koruyucu diş hekimliği izlem planını hazırladık. Toplum ağız ve diş sağlığı bilincinin iyileştirilmesi için düzenli diş hekimi kontrolleri ve koruyucu diş hekimliği uygulamalarının bir yaşam tarzı olarak kabul görmesinin sağlanmasını hedefliyoruz.

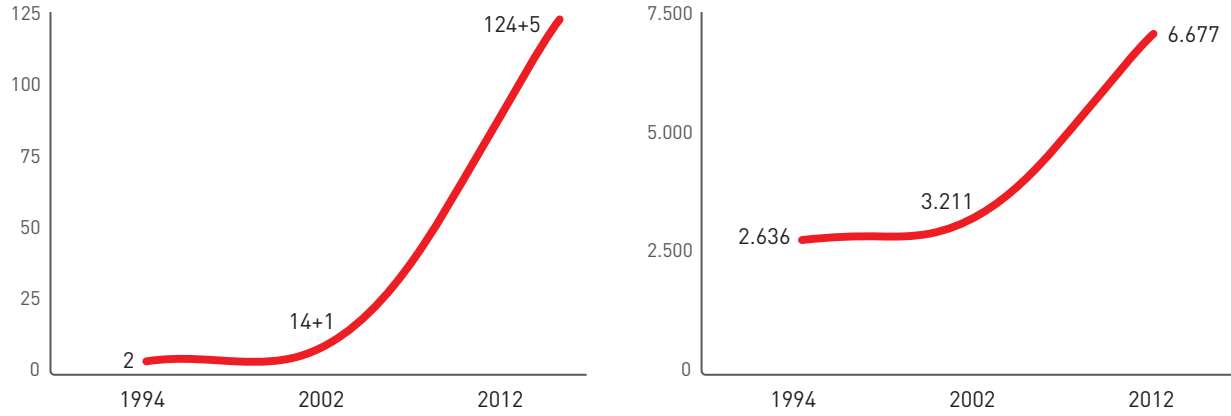
2002 yılında 14 olan Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi sayısını 124'e; 1 olan diş hastanesi sayısını ise 5'e çıkardık. 2002 yılında 3.211 olan diş hekimi sayısını 6.677'ye yükselttik. Böylece vatandaşlarımızın ağız ve diş sağlığı hizmetlerinden kolayca ulaşabilmesini sağladık.

► **Grafik 21:** Sabit Protez Sayısı (bin), Dolgu Sayısı (bin), Kanal Tedavi Sayısı (bin)



Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

► **Grafik 22:** Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, Diş Hastanesi Sayısı, Sağlık Bakanlığında Çalışan Diş Hekimi Sayısı, (2012)



Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

B. Teşhis ve Tedavi Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetlerinin önemi tartışılmazdır. Ancak hastaların da yerinde ve zamanında gerekli tedaviyi alması önemlidir.

Sağlık hakkı, vazgeçilmez ve ertelenemez bir insan hakkıdır.

Uygulanan politikalar ile vatandaşlarımızın sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştı. 2002 yılında kişi başı hekime müracaat sayısı 3,2 iken 2012 yılında bu sayı 8,3'e çıktı.

► **Tablo 13:** Türkiye'de Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelerde Toplam Muayene Sayısı, (milyon)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Sağlık Bakanlığı	110	114	135	165	189	210	217	228	235	254	258
Üniversite	9	10	11	11	13	15	18	19	20	24	27
Özel	6	6	7	11	16	24	39	48	48	59	62
Toplam	125	130	153	187	218	249	274	295	303	337	347

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

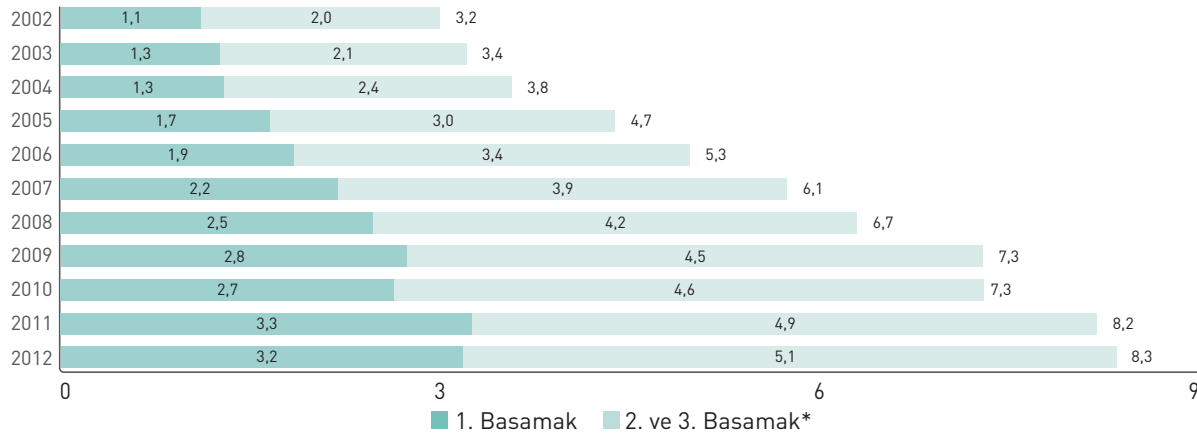


► **Tablo 14:** Türkiye’de Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanede Kişi Başı Muayene Sayısı

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Sağlık Bakanlığı	1,7	1,7	2,0	2,4	2,7	3,0	3,0	3,1	3,2	3,2	3,4
Üniversite	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Özel	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,3	0,5	0,7	0,6	0,6	0,8
Toplam	1,9	1,9	2,3	2,8	3,1	3,5	3,8	4,1	4,1	4,1	4,5

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

► **Grafik 23:** Türkiye’de Yıllara Göre Sağlık Kuruluşunda Kişi Başı Hekime Müracaat Sayısı



* Özel Poliklinik ve Dal Merkezleri dahildir.

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

► **Tablo 15:** Türkiye’de Yıllara ve Sektörlere Göre Yatan Hasta Sayısı

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Sağlık Bakanlığı	4.169.779	4.277.747	4.860.433	5.042.382	5.303.347	5.674.935	5.959.585	5.934.978	6.361.116	6.775.154	6.890.600
Üniversite	781.990	838.486	921.735	1.025.614	1.165.277	1.262.973	1.386.449	1.462.690	1.509.484	1.607.462	1.601.878
Özel	556.494	618.855	658.632	908.942	1.220.176	1.782.381	2.338.211	2.503.992	2.657.573	3.054.165	3.384.649
Toplam	5.508.263	5.735.088	6.440.800	6.976.938	7.688.800	8.720.289	9.684.245	9.901.660	10.528.173	11.436.781	11.877.127

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

► **Tablo 16:** Türkiye’de Yıllara ve Sektörlere Göre Toplam Ameliyat Sayıları

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Sağlık Bakanlığı	1.072.417	1.130.023	1.442.076	1.689.797	1.985.405	2.217.413	2.464.291	1.829.919	2.039.021	2.209.326	2.298.893
Üniversite	307.108	326.441	375.473	452.326	508.129	560.275	638.028	546.903	576.547	617.477	664.695
Özel	218.837	236.906	260.114	392.671	579.771	787.297	1.086.975	1.131.431	1.215.159	1.373.774	1.444.334
Toplam	1.598.362	1.693.370	2.077.663	2.534.794	3.073.305	3.564.985	4.189.294	3.508.253	3.830.727	4.200.577	4.407.922

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

B.1. Hastane Hizmetlerinde Yeniden Yapılanma

Kamu hastanelerini teknolojik olarak yeniledik ve kapasitelerini arttırdık. Devlet hastanelerimizde kamu - özel ortaklığı şeklinde hizmet alımına başladık. 2002’de tüm devlet hastanelerinde 18 olan manyetik rezonans görüntüleme (MR) cihazı sayısını

2012’de 310’a, 121 olan bilgisayarlı tomografi (BT) cihazı sayısını 448’e, 495 olan ultrasonografi (USG) cihazı sayısını 2.348’e çıkardık.

Benzer artış özel sektör ve üniversite hastanelerinde de gerçekleştirdik.

► **Tablo 17:** Türkiye’de Yıllara Göre Yataklı Tedavi Kurumlarında Cihaz Sayıları, Tüm Sektörlerde

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
MR	58	99	149	199	310	410	517	647	697	781	917
BT	323	376	446	509	593	675	759	838	904	1.088	1.128
EKO	259	338	391	453	518	598	689	791	881	1.181	1.345
USG	1.005	1.164	1.309	1.493	1.699	1.900	2.117	2.283	2.436	3.775	4.191

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü



B.2. Hasta Hakları

SABİM

Sağlık sisteminde yaşanan sorunları yerinde ve eş zamanlı tespit ederek en hızlı şekilde çözmek için 2004 yılında SABİM'i hizmete sunduk.

SABİM operatörleri tarafından kayıt altına alınan başvuru, SABİM çözümleyicilerince değerlendirilerek ilgili illere sevk edilmektedir. İllerdeki SABİM çözümleyicileri tarafından da en hızlı ve en doğru şekilde çözümlenmektedir.

Hasta Hakları Birimi

Hastaların haklarının ihlal edilmediği, her aşamada bilgilendirildiği ve onayının alındığı, hiçbir ayırım yapılmadan her türlü tedaviyi aldığı, hekimini, kurumunu seçebildiği, mahremiyete hassasiyetle uyulan bir sağlık hizmeti hedefledik. Bu amaçla ilgili mevzuat doğrultusunda devlet hastanelerimizin tamamında Hasta Hakları Birimini faaliyete geçirdik.

Hekim Seçme Hakkı

En temel hasta haklarından olan "Hekim Seçme Hakkı" uygulamasını Eylül 2004'te 11 hastanemizde başlattık. 2010 yılı sonu itibarıyla tüm hastane ve ADSM'lerimizde "Hekim Seçme Hakkı" uygulamasına geçtik.

Hastalar Hekimini Nasıl Seçiyor?

- Vatandaşın hekimlerin poliklinik yapacağı gün ve saat hakkında bilgilенmesini sağlayacak listeler yapıyoruz.
- Poliklinik girişlerine hekimlerin isim ve uzmanlık alanlarının bulunduğu panolar asıyoruz.
- Hastanenin internet sayfalarında hekimlere ait bilgileri bulunduruyoruz.
- Polikliniklerdeki sekreterler vasıtasıyla vatandaşı hekim seçme hakkında bilgilendiriyoruz.
- Poliklinik kapısındaki ekranlarda hasta sıralarının yer almasını sağlıyoruz.

B.3. Hastane Enfeksiyonlarının Önlenmesi

Yataklı tedavi kurumlarında enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolü alanında çalışmaları yürüten enfeksiyon kontrol komitelerinin görev yetki ve sorumluluklarına ilişkin usul ve esasları düzenlemek amacıyla hazırladığımız “Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği”nin yürürlüğe girmesiyle yıllardır ihtiyaç duyulan yasal desteği sağladık. Çalışmalarımızı bu yönetmelik temelinde yürütmekteyiz.

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

Bugün Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Ağı (UHESA) üzerinden gün hastaneleri haricinde 1.019 yataklı tedavi kurumunun hastane enfeksiyonu hızlarına, dirençli mikroorganizma sıklıklarına erişmekteyiz.

B.4. Evde Sağlık Hizmetleri

Evde sağlık hizmetleri uygulaması kapsamında yatağa bağımlı hastalarımızın yaşadıkları ev ortamlarında kaliteli, etkin, ulaşılabilir ve güvenli sağlık hizmetleri almasını sağladık. Bununla birlikte hastane yataklarının gereksiz yere kullanımının önüne geçerek sağlık hizmetlerine ait maliyetlerin azaltılmasını da sağlamış olduk.

Evde Sağlık Hizmeti Birimlerince Verilen Hizmetler:

- Muayene ve Konsültasyon Hizmeti
- Hemşirelik Hizmetleri
- Laboratuvar Hizmetleri
- Sağlık Kurulu Raporlarının Oluşturulması - Süresi Dolan Raporların Yenilenmesi
- Sağlık Kurulu Raporu ile Alınması Gereken İlaçların Reçete Edilmesi
- Tıbbî Cihaz ve Malzemelerin Temini ve Zimmet Karşılığı Hastaların Kullanımına Tahsis Edilmesi
- Rehabilitasyon, Eğitim ve Destek Hizmetleri
- Evde Sağlık Hizmetleri Kapsamındaki Hastalara İhtiyaç Duydukları Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri



B.5. Kardiyovasküler Cerrahi (KVC) Merkezleri Planlaması

2023 yılında nüfusumuzun %13 artacağı tahmin edilmektedir. Koroner kalp hastalığı için risk grubu olarak kabul edilen 40 yaş ve üstü nüfusun artış oranının ise yaşlanan nüfusumuz nedeniyle %40 olacağı tahmin edilmektedir.

Bu dinamiklere göre, kalp-damar hastalarının sayısının artacağı öngörülmektedir. Bu sebeple Ulusal Kalp Sağlığı Politikası doğrultusunda ulusal plan oluşturulması çalışmalarını sürdürmekteyiz. Bu kapsamda, kardiyoloji ve KVC hizmetlerinin geliştirilmesini ve nitelikli hizmet verilmesini hedefliyoruz.

Bölgesel sağlık planlaması kapsamında; 26 ilde kardiyoloji ve kalp damar cerrahisi merkezi kurmayı planladık. Çalışmalarımızı, belirlediğimiz yedi koordinatör hastanenin desteği ile başlattık. Söz konusu 26 ilde çalışan ilgili personeli eğitime aldık ve eğitimlerimizi büyük ölçüde tamamladık. 2011 yılı sonu itibarıyla 21 ilimizde kurduğumuz 43 merkezde kardiyovasküler cerrahi hizmeti vermekteyiz.

B.6. Kan Hizmetleri

Kan bağışının öneminin vurgulanması ve vatandaşlarımızda kan bağışı duyarlılığının arttırılması için sivil toplum örgütleriyle birlikte çalışmalar yaptık. Yapılan çalışma, eğitim ve bilgilendirmeler sayesinde 2002 yılında 326.337 ünite olan kan bağışını Kızılay'la birlikte yaptığımız çalışmalar, eğitim ve bilgilendirmelerle 2012 yılında 1.469.858 üniteye çıkardık. Bu sayede vatandaşlarımızın acil durumlarda kan ya da kan ürünü bulabilmek için kapı kapı dolaşmalarının önüne geçtik.

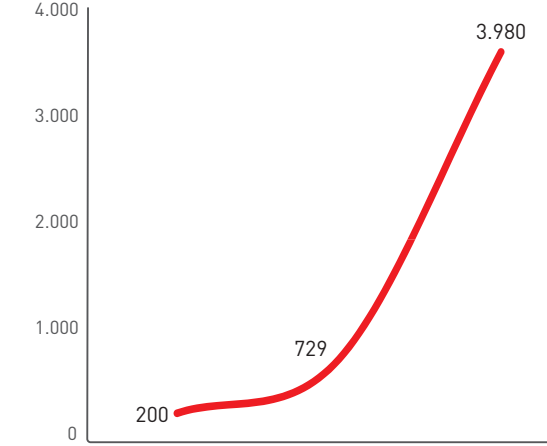
B.7. Organ Nakli Hizmetleri

Ülke genelinde böbrek nakli yapılan tüm merkezlerde nakil olmak isteyen kişilerin bilgileri, Bakanlığımız Ulusal Organ Nakli Bekleme Listesi Programına kaydedilmektedir.

Daha önceden Organ Nakli Ulusal Koordinasyon Merkezi (UKM) tarafından bu kayıtlar esas alınarak sadece böbrek nakli bekleyen hasta işlemleri ve kadavra donör dağıtım işlemleri gerçekleştirilmekteydi. Ülke genelinde canlı ve kadavradan gerçekleşen tüm (böbrek, karaciğer, kalp, akciğer, pankreas ve ince bağırsak) organ nakilleri ile organ bekleyen hasta bilgilerini içeren yeni Ulusal Organ Nakli Bilgi Sistemi oluşturduk. Bu sistemi öncelikle organ nakil merkezleri, Bölge Koordinasyon Merkezleri (BKM) ve UKM takip etmektedir.

İstanbul, İzmir, Ankara, Adana, Antalya, Samsun, Diyarbakır, Erzurum ve Bursa illerinde olmak üzere 9 Bölge Koordinasyon Merkezi bağlı oldukları “Ulusal Organ ve Doku Nakli Koordinasyon Merkezi” ile kadavradan organ dağıtımında bağlantılı olarak çalışmaktadır. 62 hastanede Böbrek Nakli Merkezi, 42 hastanede Karaciğer Nakli Merkezi, 16 hastanede ise Kalp-Akciğer Nakli Merkezini ruhsatlandırarak hizmete açtık. 2011 yılında kompozit doku nakilleri ile ilgili uygunluk kriterlerini belirledik.

► **Grafik 24: Organ Nakli Sayıları, (2012)**



	1994	2002	2012
Böbrek	185	550	2.903
Karaciğer	11	159	1.001
Kalp	4	20	61
Toplam	200	729	3.965

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü



B.8. Doku ve Hücre Nakli Hizmetleri

Ülke genelinde organ ve doku nakli hizmetleri alanında çalışan kurum ve kuruluşlar için gerekli doku teminini sağlamak amacıyla kemik bankasının (Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi) Kas-İskelet Sistemine yönelik doku bankasının (Ankara Üniversitesi) açılmasını sağladık.

Organ ve Kemik İliği Nakli hizmetlerinde büyük önemi haiz doku tipleme laboratuvarları sayısının artırılması ve her bölgede hızlı doku tipleme yapılabilmesi amacıyla yeni ruhsatlandırmalar yaptık.

Böylece tüm Türkiye genelinde doku tipleme laboratuvarı sayısını 32'ye çıkardık.

B.9. Türkiye Kök Hücre Koordinasyon Merkezi (TÜRKÖK)

Son yıllarda giderek önem kazanan kök hücre ve kök hücre tedavileri konusunda karmaşayı engellemek için Türkiye Kök Hücre Koordinasyon Merkezi'ni kurarak faaliyete geçirdik.

TÜRKÖK, beş ana hizmet biriminden oluşur;

- a) Koordinasyon ve Kök Hücre Taşıma Birimi
- b) Tarama ve Eşleştirme Birimi
- c) İdari ve Mali İşler Birimi
- ç) Bilgi İşlem Birimi
- d) Performans ve Kalite Birimi

B.10. Replantasyon Uygulamaları

Uzuv ya da uzuvların bir parçasının kazalar ve benzeri sebepler sonucu kopması durumunda kopan kısımlarının erkenden yerine dikilebilmesi için zaman ile yarışılmakta ve işlemin gerçekleştirilmesi saatlerce sürebilmektedir. Replantasyon uygulamalarındaki sorun, vakayı doğru merkeze yönlendirmede sağlık kurumları arasındaki koordinasyonsuzluk ve organizasyonda yaşanan aksaklıklardan kaynaklanmaktadır.

Replantasyon uygulamalarının tedavi ve rehabilitasyon açısından yetersiz ve yetkilendirilmemiş merkezlerde yapılmasının uzuv kayıpları gibi olumsuz sonuçları olmaktadır.

Bu merkezlere yönelik, acil komplike el yaralanmaları ve amputasyon vakaları için yönlendirme algoritması geliştirdik ve ilk aşamada İstanbul'da uygulamaya koyduk. Bu algoritmanın uygulanmasından ve aksaksız olarak yürütülmesinden 112 Acil Komuta Merkezi'ni sorumlu kıldık.

Bugün ülkemizde yıllık ortalama 1.000 civarında replantasyon yapılmaktadır. Komplike el yaralanmaları ile birlikte yapılan mikro cerrahi uygulaması sayısı 4.600 civarında olmaktadır.

C. İlaç ve Eczacılık

Sağlık Bakanlığı, kamu adına ilaç ve eczacılık hizmetleri ile ilgili norm ve standart belirlemek ve bu doğrultuda denetimleri yapmak, ilgili diğer kurum ve kuruluşlar ile iş birliği yaparak ilaçların akılcı kullanımını teşvik etmek yetki ve sorumluluğundadır.

2004 tarihli “Beşeri Tıbbî Ürünlerin Fiyatlandırılmasına Dair Karar” ile ülkemizde bugüne kadar var olan kargaşa ve olumsuzlukları ortadan kaldırarak, ilaç fiyatlandırmasına kamu yararı ve şeffaflık getirdik. Bu sayede ilaç fiyatlarında önemli derecede düşüşler elde ettik.

Kamu maliyesinin yükünü hafifletmek üzere Maliye Bakanlığının başkanlığında Geri Ödeme Komisyonu oluşturarak “Tek Geri Ödeme Sistemi” imkânı sağladık. Geri ödeme kurumlarımızın ortak kararı ile reçetelenen ilaçlar için en ucuz eş değer ilâcın %10 fazlasına kadar olan ürünlerin karşılığının ödenmesi kuralını getirdik.

İlaçta %18 olan KDV oranını %8’e düşürerek ilaç fiyatlarında önemli bir düşüş daha sağladık.

Tüm bu kararlar sonucunda gerçekleşen bütün kazanımları vatandaşımızın sağlığı için yatırıma dönüştürdük.

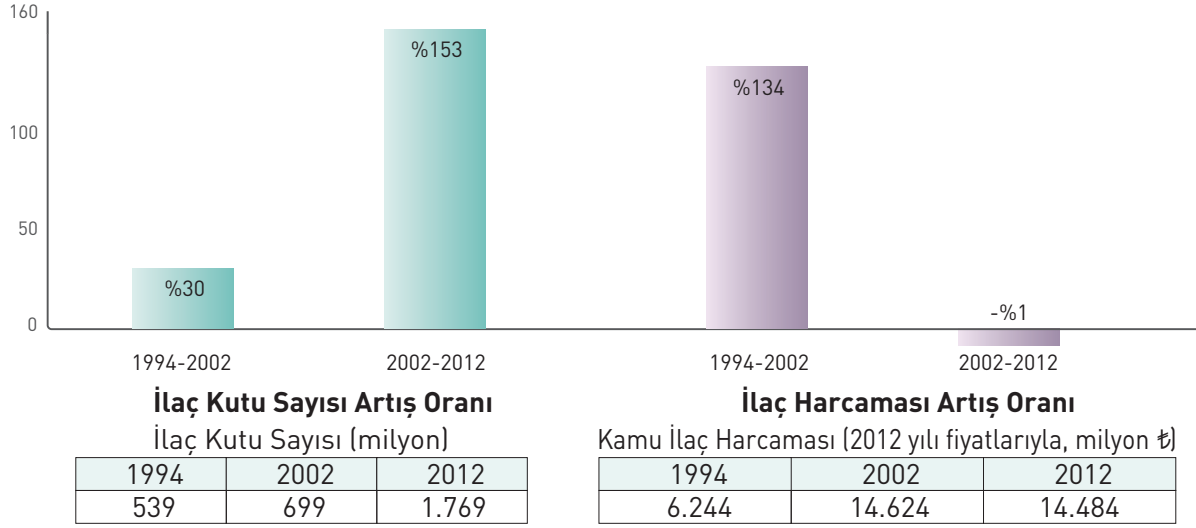
C.1. İlaç Tüketimi

2012 yılında tüketilen ilaç kutu sayısı 1 milyar 769 milyon kutu oldu. Yani 2002 yılına göre %153 arttı. Aynı dönemde kamunun ilaç harcaması ise 2012 yılı fiyatlarıyla 14 milyar 624 milyon ₺’den %1 azalarak 14 milyar 484 milyon ₺’ye düştü.





► **Grafik 25: Kamu İlaç Tüketimi ve Harcamalarındaki Değişim, (%)**



Kaynak: Türkiye İlaç ve Tıbbî Cihaz Kurumu

C.2. İlaç Takip Sistemi (İTS)

Kısa adı İTS olan “İlaç Takip Sistemi”, Türkiye’de ilaçların her bir biriminin izlenmesi için kurulan bir altyapıyı tanımlar. İTS, literatürde “Track & Trace (İşaretle ve Takip Et)” olarak tanımlanan yapının ilaçlara uygulanmış hâlidir. Ürünlerin tekilleştirilmesini (serialization) sağlayan karekod ile ürünlerin işaretlenmesi (track) sağlanırken; ürünün geçtiği her noktadan merkezi veri tabanına yapılacak bildirimler ile de takibi (trace) sağlanmaktadır.

İlaçların kaliteli ve güvenilir üretimi, dağıtımı, depolanması ve tüketiciye ulaştırılması Bakanlığımızın görevleri arasındadır. İTS öncelikle ilaç kalitesinde meydana gelebilecek sorunlar, yerinde tespit ve hızlı müdahale amacına katkıda bulunabilmek için tasarlandı.

Geliştirilen sistem ile piyasada bulunan tüm ilaçlar, kutu bazında bir takip numarası ile kayıt altına alınmakta ve üretimden itibaren tüketilinceye kadar her aşamada takip edilmektedir. Bu sayede kupür yolsuzluğu diye bilinen sahtecilik önlenmekte, piyasada sahte ve kaçak ilaçların bulunması hemen hemen imkânsız hâle gelmektedir.

1 Ocak 2010 tarihinden itibaren üretilmiş olan tüm ilaçların üzerinde karekod bulunması ve üretici/ithalatçıları tarafından sisteme bildirilmesi mecburiyetini getirdik. 1 Temmuz 2010 tarihi ile de eczanelerde kupür kesme devrini kapattık.

C.3. Akılcı İlaç Kullanımı

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yanlış ve gereksiz ilaç kullanımı, tedavi maliyetleri ve halk sağlığını etkileyen ciddi bir sorun olarak devam etmektedir. Bu nedenle akılcı ilaç kullanımı konusunda halkın ve sağlık çalışanlarının bilinçlendirilmesi ve eğitilmesi son derece önemlidir.

İlaç, doğru kullanılırsa etkilidir. Ancak DSÖ'nün sıkça dile getirdiği gibi tüm ilaçların yaklaşık %50'si uygunsuz şekilde reçetelenmekte, satılmakta veya uygulanmaktadır. Tüm hastaların yarısından fazlası da doğru şekilde ilaç alamamaktadır. Birçok ülkede ilaç kullanımının izlenmesinde de ciddi sıkıntılar mevcuttur.

DSÖ'nün tanımlamasına göre akılcı ilaç kullanımı; "Kişilerin klinik bulgularına ve bireysel özelliklerine göre uygun ilacı, uygun süre ve dozajda, en düşük fiyata ve kolayca sağlayabilmeleri"dir.

Akılcı İlaç Kullanımının İlkeleri:

- Doğru teşhise dayanmak
- Uygun ilacı seçmek; gereken dozu uygun yoldan ve tedavi sanatı ile sunmak, yeterli süre kullanmak
- Tedavi başarısını değerlendirmek; yan etkileri ve hastanın uyumunu izlemek
- Birden çok ilaç kullanılacaksa etkileşimlerini değerlendirmek
- Tasarlanan tedavinin gerçekleştirilebilirliğini ve maliyetini dikkate almak

D. Sağlık Hizmet Planlaması

D.1. Sağlıkta Bölgesel Planlama

Gelişmiş ülkelerin çoğunda sağlık sistemleri, kalite standartları ve eşitlik ilkeleri çerçevesinde tüm nüfusu kapsayacak şekilde yapılandırılır. Yaklaşımlar, farklılıklar gösterse de sağlık hizmetlerinin finansman ve organizasyon sorumluluğu merkezi ve bölgesel otoriteler arasında paylaşılır. Ancak genellikle merkezi hükümet esas belirleyici konumdadır. Yürüttüğümüz bölgesel planlama çalışmalarında, Bakanlığımızın taşra teşkilatlarından görüş aldık. Çalışmalarımızda; merkezin yerelde yapmış olduğu inceleme ve tespitleri, nüfusu, coğrafi yapıyı, kapsanan bölgeyi, merkeze uzaklığı, ulaşımı, yerel ihtiyaçları ve mevcut sağlık envanterlerini dikkate aldık.

Referans hastaneleri/kampüsleri, bölgelerindeki sağlık eğitimi, kurumsal rehberlik ve referans merkez olma ihtiyacını karşılamak üzere planladık. 2003 yılından önce sağlık hizmetinin sunumu; sağlık evi, sağlık ocağı, ilçe hastanesi, il hastanesi ve bölge hastanesi şeklinde aşağıdan yukarıya tümevarım mantığı ile yapılandırılmışken bu planlama ile referans merkezi baz alarak tüm dengelim metodunu benimsedik.

Bu planlamaları, ülke genelinde nüfus oranına göre yapmakta olup sağlık hizmetleri için fiziki mekân, personel sayısı, makine-teçhizat yeterliliklerini de sorgulamakta, özellikle hizmet birimlerinin (yoğun bakım, KVC merkezleri gibi) bölgesel farklılıklarını da göz önünde tutarak bölgesel dağılım yapmaktayız.

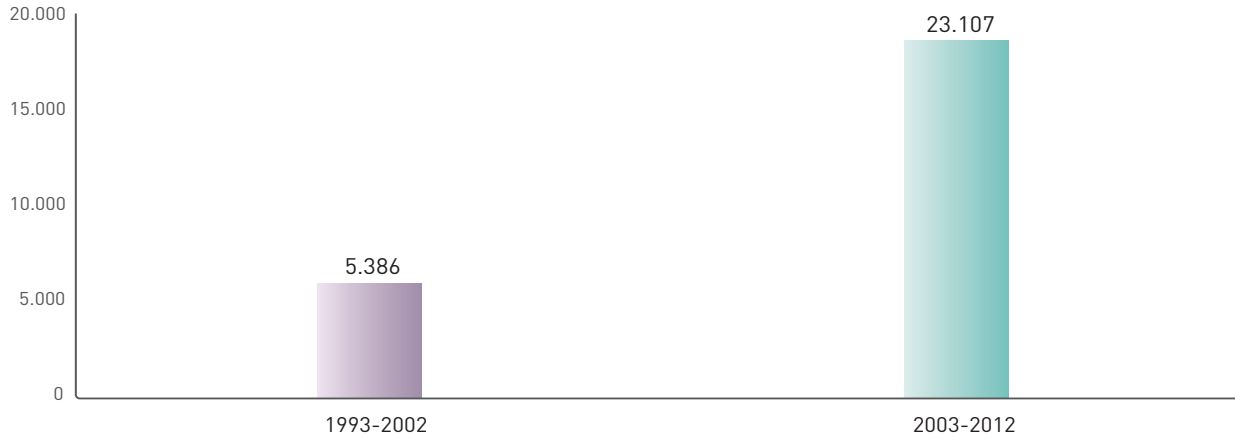


D.2. Yatırımlarda Akılcılık

Sağlıkta Dönüşüm Programı'yla bütün sağlık yatırımlarını gözden geçirerek detaylı bir sağlık envanteri oluşturduk. Kamu sağlık yatırımlarını yeniden planladık. Yatırımların finansal, tıbbî ve teknik analizlerini dikkatle değerlendirdik. Yatırım planlamalarını ilçe, il ve bölge düzeyinde, yerinde inceleyerek ve yerel yöneticilerle birlikte yaptık. Projeleri öncelik ve önem sırasına göre tekrar tasnif ederek yatırım bütçelerimizin daha akılcı kullanılmasını sağladık.

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

► **Grafik 26:** İnşaat, Donanım ve Taşıt Alımı Harcamaları, (2012 Yılı Fiyatlarıyla - milyon ₺)



Kaynak: Maliye Bakanlığı Bütçe Kesin Hesapları

Türkiye’de her 100 bin kişiye düşen yatak sayısı 265 olup bu sayı, dünyadaki yeni eğilimler çerçevesinde yeterli görünmektedir. Mevcut yatakları nitelikli yataklarla değiştirmeye devam ediyoruz.

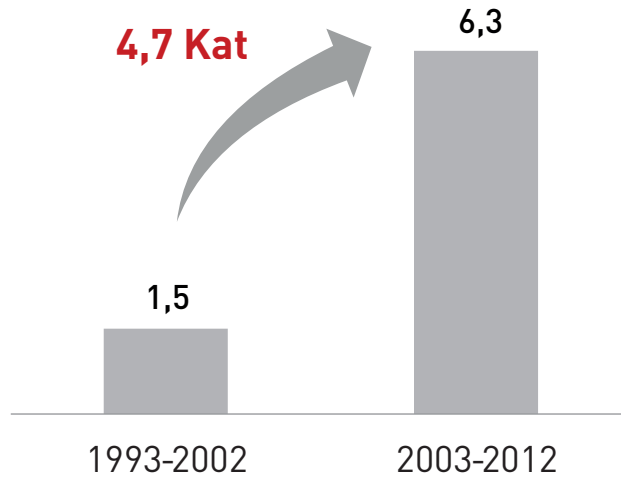
Son on yılda 611’i hastane ve ek binası, 1.523’ü birinci basamak sağlık kuruluşu olmak üzere 2.134 sağlık tesisini tamamlayarak halkımızın hizmetine sunduk. Hastane yatak sayımıza 41 bini aşkın yeni hasta yatağı ekledik. Bu dönemde yapılan hasta odalarının %80’i içinde banyosu, tuvaleti, televizyonu, buzdolabı, telefonu ve refakatçi koltuğu olan “nitelikli hasta yatağı”dır. Böylece banyosu ve tuvaleti bulunan hasta yatağı sayısının toplam hasta yatağı içindeki payı 2002 yılında %6’dan 2012 yılında %34’e yükseldi.

1993-2002 yılları arasında 311 adet hastane ve yeni blok tamamlanmışken 2003-2012 yılları arasında 611 hastane ve yeni bloğu tamamlayarak hizmete sunduk. Birinci basamak sağlık tesislerinde de benzer bir başarıyı yakaladık. 1993-2002 yılları arasında 767 tesis tamamlanmışken 2003-2012 yılları arasında 1.523 yeni tesisi tamamlayarak hizmete sunduk.

► **Tablo 18: Sağlık Yatırımları, Sağlık Tesis Sayısı**

Sağlık Tesis	1993-2002	2003-2012
Hastane ve Yeni Bina	311	611
Birinci Basamak Sağlık Tesis	767	1.523
Toplam	1.078	2.134

► **Grafik 27: Sağlık Yatırımlarının Toplam Kapalı Alanı, (milyon m²)**





E. Sınır Ötesi Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Birliği

Çeşitli ülkelerle sağlık alanında iş birliği anlaşmaları imzaladık. 2002 yılında 33 ülke ile 39 sağlık alanında iş birliği anlaşması mevcut iken bugün 56 ülke ile 97 sağlık alanında iş birliği anlaşmamız mevcuttur.

Bu anlaşmalarda sağlık personeli ve uzman değişimi, sağlıkla ilgili tüm konularda bilgi ve deneyim alışverişi, bilimsel kuruluşlar arasında doğrudan temasların sağlanması, özel sektörün ticari girişimlerinin desteklenmesi konularına ağırlık verdik.

Son dönemde başta Sudan, Yemen, Afganistan, Filistin, Balkanlar, Orta Asya ve Kafkas ülkeleri olmak üzere birçok ülke ile

- Sağlık sistemlerinin oluşturulmasında teknik destek,
- Sağlık personelinin Türkiye’de eğitimi,
- Kongre ve konferanslar düzenlenmesi,
- Ameliyatlar gerçekleştirilmesi gibi faaliyetleri hayata geçirmekte ve bilgi, teknoloji ve tecrübemizi paylaşmaktayız.

Ülkeler / Uluslararası Kuruluşlar ile Yapılan Anlaşmalar

Sağlık Bakanlığı olarak 2012 yılında 2 ülkeyle 2 adet Sağlık Alanında İşbirliği Anlaşması, 3 ülke ile 3 adet Hibe Anlaşması ve 1 ülke ile de 6 adet Çalışma Protokolü imzalanmıştır. İlgili ülke, anlaşma adı ve tarihleri aşağıdaki yer almaktadır.

- 20.03.2012 Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti ile Singapur Cumhuriyeti Hükümeti Arasında Sağlık ve Tıp Bilimleri Alanında İşbirliğine Dair Mutabakat Zaptı
- 20.09.2012 Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti Sağlık Bakanlığı ile Yemen Cumhuriyeti Hükümeti Sağlık Bakanlığı Adına Yemen Cumhuriyeti’nin Ankara Büyükelçiliği Arasında Sağlık Alanında Hibe Yapılmasına Dair Anlaşma
- 18.11.2012 tarihinde Mısır ile 6 Çalışma Protokolü
- 06.12.2012 Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti ile Cibuti Cumhuriyeti Hükümeti Arasında Sağlık ve Tıp Bilimleri Alanlarında İşbirliğine Dair Anlaşma
- 26.12.2012 Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti ile Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Hükümeti Arasında Sağlık Alanında Hibe Yapılmasına Dair Anlaşma
- 26.12.2012 Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti ile Sudan Cumhuriyeti Hükümeti Arasında Sağlık Alanında Hibe Yapılmasına Dair Anlaşma

► **Tablo 19:** Bakan Düzeyinde Ziyaret Edilen Ülkeler

Ziyaret Edilen Ülke	Ziyaret Tarihi
Singapur	18-21 Mart 2012
İsviçre	22 Mart 2012
ABD	03-06 Haziran 2012
İran	22-24 Haziran 2012
Suudi Arabistan	12-13 Eylül 2012
Japonya	15-17 Ekim 2012
Güney Kore	18-19 Ekim 2012

► **Tablo 20:** Bakan Düzeyinde Ülkemize Yapılan Ziyaretler

Ülke	Bakan	Ziyaret Tarihi
Kosova	Sağlık Bakanı	22-26 Şubat 2012
İrlanda	Ticaret ve Kalkınma Bakanı	29 Mayıs 2012
Yemen	Sağlık Bakanı	4-6 Nisan 2012
Finlandiya	Avrupa ve Dış Ticaret Bakanı	18 Nisan 2012
Somali	Sağlık Bakan Vekili	24 Mayıs 2012
Malezya	Sağlık Bakanı	30 Mayıs – 2 Haziran 2012
Moldova-Gagavuz Yeri	Sağlık Aile Ve Sosyal Güvenlik Üstün Bakanı	25-30 Haziran 2012
Afganistan	Yüksek Öğrenim Bakanı	28 Ağustos 2012
Bostvana	Dışişleri ve Uluslararası İşbirliği Bakanı	4 Eylül 2012
Tunus	Sağlık Bakanı	9-11 Ekim 2012
KKTC	Sağlık Bakanı	19 Kasım 2012
Sudan	Dışişleri ve Uluslararası İşbirliği Bakanı	23 Kasım 2012



► **Tablo 21:** Ülkemizde Eğitim Verilen Yabancı Sağlık Personeli

Ülke	Eğitim Verilen Yabancı Sağlık Personeli Sayısı
Afganistan	11
Azerbaycan	128
Fildişi	10
Filistin	4
Güney Sudan	10
Gürcistan	19
Irak	33
Kazakistan	64
Kenya	20
Kırgızistan	1
KKTC	2
Moritanya	25
Özbekistan	13
Somali	16
Sudan	51
Yemen	30
Toplam	437

► **Tablo 22:** Ülkemizde Ücretsiz Tedavi Edilen Yabancı Hastalar

Ülke	Tedavi Edilen Hasta Sayısı	Tarih
Afganistan	200	1 Ocak - 31 Aralık 2012
Arnavutluk	100	1 Ocak - 31 Aralık 2012
Azerbaycan	7	1 Ocak - 31 Aralık 2012
KKTC	18	1 Ocak - 31 Aralık 2012
Kosova	100	1 Ocak - 31 Aralık 2012
Sudan	100	1 Ocak - 31 Aralık 2012
Yemen	25	1 Ocak - 31 Aralık 2012
Afganistan (Cevizcan ve Mezar-ı Şerif)	1	1 Ocak - 31 Aralık 2012
TOPLAM	551	1 Ocak - 31 Aralık 2012



► **Tablo 23: Teknik ve İnsani Yardımlar**

Ülke	Yardımanın Türü	Açıklama
FİLİSTİN	İnsani Yardım (İlaç ve Tıbbî Malzeme)	1.502.579,00 ₺'lik 57 kalem ilaç, 43 kalem sarf malzemesi 2 Şubat 2012 tarihinde Gazze Sağlık Bakanlığı depolarına teslim edilmiştir. Yardımlar TİKA tarafından, firma aracılığı ile DSÖ Kudüs yetkililerine ve sonrasında Gazze'ye ulaştırılmıştır.
KKTC	İnsani Yardım (Ambulans)	KKTC Sağlık Bakanlığı'nca ihtiyaç duyulan 3 adet tam donanımlı acil hasta ambulansının Hibe Anlaşması ile KKTC tarafına verilmesi çerçevesinde 19 Ağustos 2011 tarihinde Ankara'da imzalanan "Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı ile Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Arasında Sağlık Alanında Hibe Yapılmasına Dair Anlaşma" 22 Ekim 2011 tarih ve 28092 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Hibe Anlaşması kapsamında 3 adet ambulans Lefkoşe Büyükelçimiz Sayın Halil İbrahim Akça tarafından KKTC Sağlık Bakanlığı'na teslim edilmiştir.
KKTC	İnsani Yardım (Aşı)	11 Ekim 2011 tarihinde imzalanan Hibe Anlaşması kapsamında Bakanlığımız KKTC tarafının 2012 yılında ihtiyaç duyduğu 7.800 doz Pentaxim (Beşli Karma) aşısı, 7.800 doz Prevenar (Konjuge Pnomokok) aşısı, 9.600 doz Td (Adult) aşısı, 70.000 doz Hepatit B aşısı, 3.600 doz MMR (KKK) aşısı, 28.000 doz Oral Polio (OPV) aşısı, 12.500 doz PPD solüsyonu, 72 ampul Yılan Serumunu, 36 ampul Tetanos Serumunu ve 30 ampul Akrep Serumunu ücretsiz olarak temin etmiştir.
SOMALİ	İnsani Yardım (Personel Görevlendirilmesi)	2012 yılı sonu itibarıyla 72 Hekim, 3 Eczacı, 174 yardımcı sağlık personeli, 6 Teknisyen ve 10 Aşçı olmak üzere toplam 265 sağlık personeli görevlendirilmiş olup, toplam 263.380 hastaya bakılmış, 1.928 ameliyat gerçekleştirilmiştir. Ayrıca 5 adet ambulans acil müdahale ve sevk hizmetleri için hazır bulundurulmaktadır.

F. Sağlıkta Stratejik Yönetim

Stratejik yönetim, bir organizasyonun amaç ve hedeflerini belirlemesi ve tüm organizasyonun yönetilmesi olarak tanımlanabilir. Stratejik yönetim, geleceğin bir defalığına planlanması değil gelişen ve değişen dış dünya ile birlikte organizasyonun da kendini ve amaç ve hedeflerini yenilemesidir.

Stratejik yönetim, “stratejik planlama” ve “stratejik kontrol” gibi iki temel aşamadan oluşmaktadır. Stratejik planlama, uygulanacak stratejilerin formüle edilmesi stratejik kontrol ise belirlenen stratejilerin doğru biçimde uygulanması ve hedeflenen sonuçlara ulaşılması için gerekli sistemler bütünü olarak tanımlanabilir. Stratejik yönetimin öğeleri de stratejik planlama (misyon, vizyon, hedefler, faaliyet planı) ve stratejik kontrol (uygulama, ölçme, değerlendirme) başlıkları altında toplanmaktadır.

Stratejik yönetim kapsamında üst politika belgeleri ve stratejilerimizle uyumlu Bakanlığımız 2013-2017 Stratejik Planı’nı hazırladık. Stratejik Plan doğrultusunda planın uygulamasına yönelik performans hedef, gösterge ve faaliyetleri içeren yıllık performans programları hazırladık.

İzleme ve Değerlendirme

İzleme, stratejik plandaki hedeflerin gerçekleşmelerinin sistematik olarak takibi ve raporlanmasıdır. Değerlendirme, uygulama sonuçlarının ölçümü ve hedeflere uygunluğunun analizidir. Bu analizler, sağlık sistemi performansının iyileştirilmesi, hesap verme sorumluluğu ve şeffaflığın artırılmasında kritik öneme sahiptir.

İzleme ve Değerlendirme, stratejik planın hayata geçirilmesini sağlar.

İzleme	Değerlendirme
Amaçları göstergelere dönüştürmek	Uygulama sürecini izlemek
Göstergeler hakkında veri toplamak	Sonuçları analiz etmek
Sonuçları hedeflerle kıyaslamak	Performans sonuçlarını ortaya koymak
İlerleme hakkında rapor vermek	Tavsiyeler sunmak



İzleme ve Değerlendirme Çerçevesi

Stratejik Plan 2013-2017'nin İzleme ve Değerlendirme bileşenleri tüm kilit paydaşlarla birlikte oluşturulmaktadır. Anahtar performans göstergeleri kullanılır. Bu göstergelerin veri, kalite ve sonuç değerlendirmesi için metotlar ortaya konur.

İzleme değerlendirme çerçevesi ile girdilerin (finansman, insan kaynakları, altyapı), faaliyetlerin (hizmet sunumu), çıktıların (verimlilik, kalite ve erişim), sonuçların (sağlık göstergeleri, finansal riskten korunma ve memnuniyet) ve etkilerin (iyi sağlık düzeyi) takibi yapılmaktadır.

**T.C. Sağlık Bakanlığı**
Strateji Geliştirme Başkanlığı

Hoş Geldini

Ana Sayfa [Şifre Değiştir](#)

Güvenli Çıkış

Anasayfa Gösterge Değerleri

Göstergeler

Arama Ara Excel

Stratejik Amaç

NA-Hakkaniyetli şekilde halkımızın sağlığını korumak ve iyileştirmek

Stratejik Hedef

Seçiniz

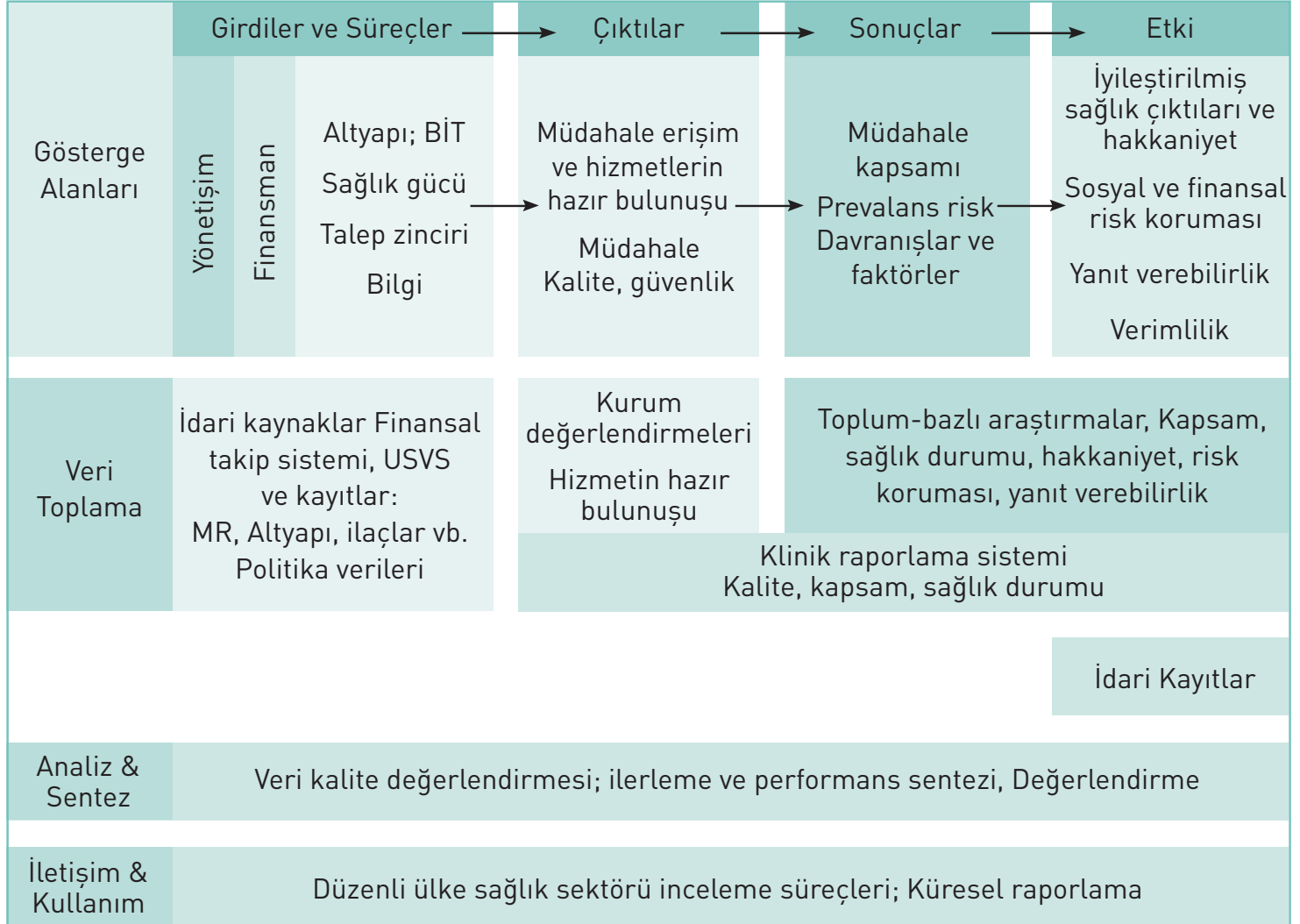
Gösterge

Seçiniz

Gösterge Kodu	Gösterge Adı	MevcutDurum	2013	2014	2015	2016	Hedef2017	Hedef2023	Ağırlık	Periyod	Periyod Ölcek
G0.01	Doğumda beklenen yaşam süresi (yıl)	75,0	76	77	78	79	80	85	0,2	1	yıl
G0.02	Bebek Ölüm Hızı (bin canlı doğumda)	7,7	7,4	7	6,7	6,3	6	4	0,1	3	ay
G0.03	5 yaş altı ölüm hızı (bin canlı doğumda)	11,3	10,6	10	9,3	8,7	8	6	0,3	3	ay
G0.04	Anne Ölüm Oranı (yüz bin canlı doğumda)	15,5	14,4	13,3	12,2	11,1	10	8	0,1	3	ay
G0.05	Ceften Yapılan Sağlık Harcamasının Toplam Sağlık Harcamasına Oranı (%)	12,0	11,6	11,2	10,8	10,4	10	9	0,1	1	yıl
G0.06	Sağlık Hizmetlerinden Genel Memnuniyet Düzeyi (%)	75,9	76,7	77,5	78,4	79,2	80	85	0,2	1	yıl



► Şekil 1: İzleme ve Değerlendirme Çerçevesi, (WHO 2010)





Anahtar performans göstergeleri belirlerken şu parametreleri dikkate aldık:

Anlamlılık (stratejik amaç ve hedeflerle ilgisi)

Kapsamlılık (stratejik amaç ve hedeflerin tüm yönleri)

Geçerlilik (göstergenin ölçmeye çalıştığı hedefi temsili)

Sorumluluk (bir birimle bağlantısı)

Dengelik (birden fazla göstergenin uyumu)

Objektiflik (tanımının net ve açıklığı)

Basitlik (hesaplanma ve yorum kolaylığı)

Güvenilirlik (veri setinin tutarlılığı ve karşılaştırılabilirliği)

Erişilebilirlik (verinin kolay ve uygun maliyetle toplanabilmesi)

Kullanışlılık (karar alma ve öğrenmede etkililiği)

İzleme ve Değerlendirme Çerçevesi

İzleme ve değerlendirme sürecinde şunları yaptık:

- Stratejik hedeflerin başarısını ölçmek için birimler bazında anahtar performans göstergeleri tespit ettik

- Faaliyetleri sorumlu birimlerle ilişkilendirdik

- Birimlerin göstergeler ile ilgili bilgileri gönderebilecekleri altyapıyı iyileştirdik

İzleme ve değerlendirme süreci ile şunları yapmayı planlıyoruz:

- Her göstergenin hedefe ve üst göstergeye etki oranını belirleyerek stratejik hedefin başarı seviyesini takip etmek

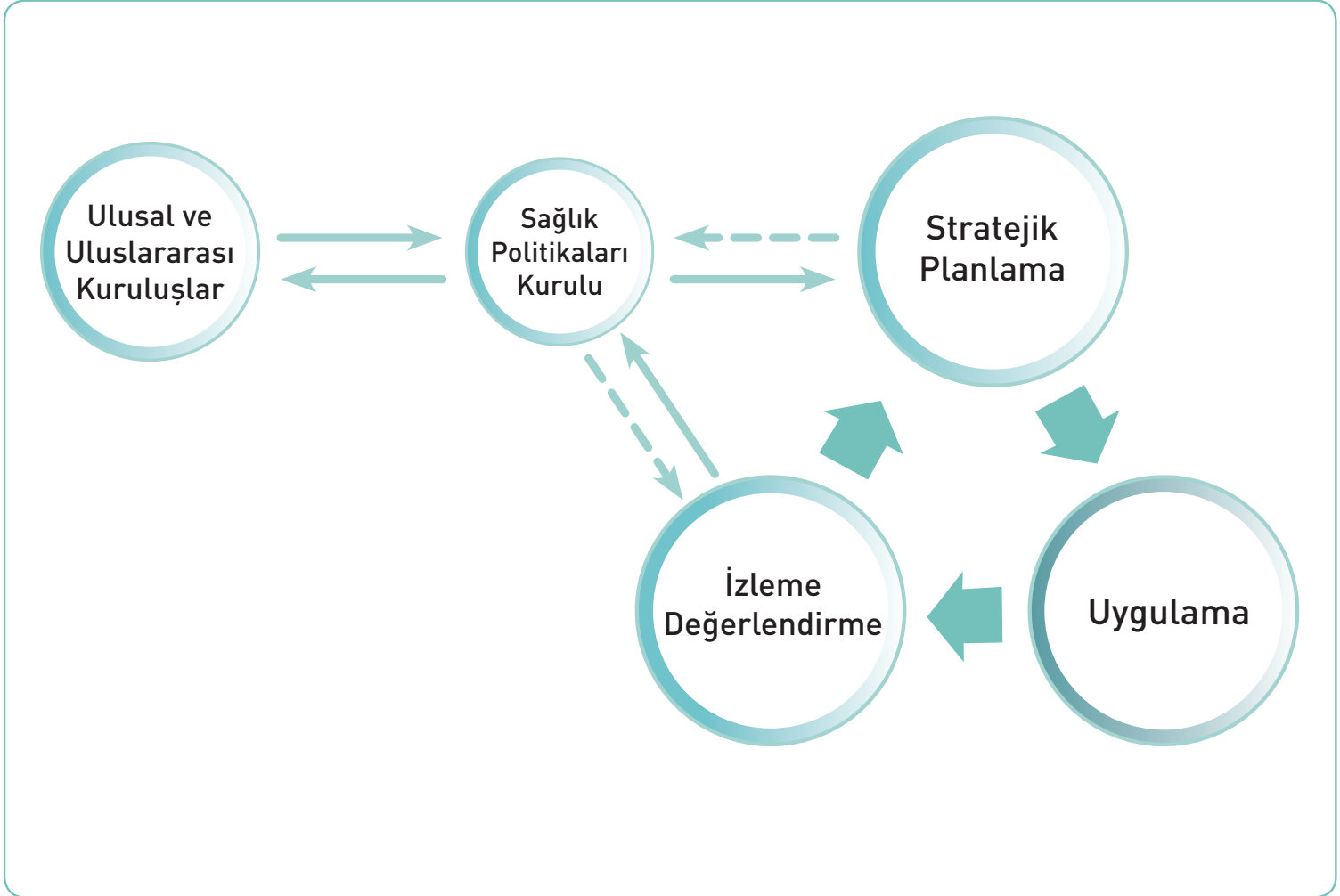
- Sağlık Bakanlığı'nın her kademedeki yöneticileri için performans karnesi oluşturmak

- Sağlık Politikaları Kurulu vasıtasıyla stratejik plan analizini yapmak

Sağlık Politikaları Kurulu ulusal ve uluslararası kuruluşlarla koordineli şekilde planın izleme ve değerlendirmesini yapacaktır.



► Şekil 2: İzleme ve Değerlendirme Süreci





Kurumsal Kabiliyet ve
Kapasitenin Değerlendirilmesi

Bölüm IV

Kurumsal Kabiliyet ve Kapasitenin Değerlendirilmesi





Güçlü Yönler

- Köklü kurum kültürünün ve kurumsallaşmış bir yapının olması
- Karar alma ve icra yetkisine sahip olması
- Kamuoyundaki olumlu imaj, idareye güven ve desteğin var olması
- Sosyal güvenlik reformunun yapılmış olması
- Çalışanların nitelikli, eğitim düzeyi yüksek, uzman, etik değerleri benimsemiş, tecrübeli, yeniliğe açık, özverili ve ekip ruhuna sahip olması
- Çağdaş yönetim tekniklerine ve teknoloji kullanımına açık olunması
- Bütün kamu / özel kurum / kuruluşlar ile ulusal ve uluslararası kuruluşlar ile işbirliği yapabilme imkânının olması
- Ülke dışı sağlık hizmetlerinin başarılı yürütülmesi
- Genel bütçe kaynakları yanında doğrudan sağlık hizmetlerinde kullanılan döner sermaye kaynaklarının bulunması
- GSYİH içindeki sağlık harcamalarının payının artması



- Sağlık personeli sayısının sağlık hizmet talebini ve kurumsal ihtiyacı karşılayamaması
- Güncel olmayan, uyumsuz, karmaşık ve yetersizliği giderilememiş mevzuatın varlığı
- Merkez teşkilatı birimlerinin fiziksel olarak tek çatı altında olmaması
- Yeniliklere ve değişime karşı zaman zaman direnç gösterilmesi
- Bürokrasi ve kırtasiyeciliğin giderek azaltılmasına rağmen iş ve işlemlerde istenen hıza ulaşılamaması
- Nüfus hareketleri ve kentleşmede yaşanan hızlı değişimler



Fırsatlar

- Ülkemizdeki istikrar ortamı
- Ülkemizin genç bir nüfusa sahip olması
- Artan milli gelir ile sağlık hizmetlerine ayrılacak kaynakların artması
- Çağdaş normlara uygun olarak Bakanlığın yeniden yapılanması
- Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi hizmetlerin yaygınlaşması
- Sağlık alanındaki istihdam kalitesinin artması
- Teknolojideki gelişme sayesinde sağlık kurumlarında bilgi ve iletişim teknolojileri kullanımının yaygınlaşması
- Bilgi toplumuna dönüşümün hız kazanması ve Ar-Ge çalışmalarına verilen önemin artması
- Stratejik Yönetim kavramına ilginin artması
- DSÖ Avrupa Politika çerçevesi Sağlık 2020 ile uyumlu politikaların yapılması
- Uluslararası kurum ve kuruluşlarla sıkı ilişkilerin olması
- Off-Set uygulamalarının önünün açılması
- Serbest Sağlık Bölgelerinin kurulmasına imkân verilmesi
- Sağlık turizminin gelişmesi



- Toplumda obezite oranının artması
- Toplam doğurganlık hızının düşmesi ve nüfusun yaşlanma eğilimine girmesi
- Bölgesel savaşlar ve siyasi istikrarsızlıklar
- Küresel ve/veya bölgesel ekonomik krizler
- Komşu ve yakın çevre ülkelerden kaynaklanabilecek sağlığa yönelik tehditler
- Nüfus hareketliliğinin artması ile salgın hastalıkların hızlı yayılabilmesi
- Mevcut olan hastalıklardaki beklenmeyen değişimler ile yeni tanımlanan veya öngörülmeyen hastalıkların ortaya çıkması
- Doğal afetler, çevresel tehditler



Öneri ve Tedbirler

- Sağlık hizmet kalitesini arttırmaya devam ederek vatandaşlarımıza daha etkili, verimli, süratli ve kaliteli sağlık hizmeti sunulması sağlanmalıdır.
- Sağlıkta Dönüşüm Programının etkili, ekonomik ve verimlilik ilkeleri çerçevesinde belirlenen amaçlar doğrultusunda kullanılması sağlanmalıdır.
- Tütün ve alkol kullanımı, aşırı kilo, yüksek kan basıncı, yüksek kolesterol gibi gelecekteki sağlığımızı etkileyen faktörlerle kararlılıkla mücadelenin sürdürülmesine devam edilmelidir.
- Hastanelerin ve diğer sağlık kurum ve kuruluşlarının daha iyi hizmet verebilmesi için finansal sürdürülebilirlik devam etmelidir.
- Bakanlığımızda performans yönetimi anlayışını yerleştirmeye yardımcı olacak ve performans programı ile hem faaliyetlerin belgelenmesine kolaylık sağlayacak bir bilgi sistemi oluşturulmalıdır.
- Performansa dayalı ek ödeme sisteminin geliştirilmesi ve devamlılığı sağlanmalıdır.
- Çeşitli uzmanlık alanlarında yetişmiş personelin, Bakanlığımızda devamlılığı sağlanarak kapasite geliştirilmelidir.
- Sağlık politikaları ve sorunlar üzerinde tüm paydaşların bir araya gelerek çalışmaları sağlanmalıdır.
- Ülke ihtiyaçlarını karşılayacak sorunlara çözüm olacak rasyonel bir planlama ve tüm bunların sonucunda ortaya çıkacak ülke gerçeklerine uygun, uygulanabilir, makul ve güncellenebilir bir hareket planı olmalıdır.

EKLER

İÇ KONTROL GÜVENCE BEYANI

Üst yönetici olarak yetkim dâhilinde;

Bu raporda yer alan bilgilerin güvenilir, tam ve doğru olduğunu beyan ederim.

Bu raporda açıklanan faaliyetler için bütçe ile tahsis edilmiş kaynakların, planlanmış amaçlar doğrultusunda ve iyi mali yönetim ilkelerine uygun olarak kullanıldığını ve iç kontrol sisteminin işlemlerin yasallık ve düzenliliğine ilişkin yeterli güvenceyi sağladığını bildiririm.

Bu güvence, üst yönetici olarak sahip olduğum bilgi ve değerlendirmelere dayanmaktadır.

Burada raporlanmayan, idarenin menfaatlerine zarar veren herhangi bir husus hakkında bilgim olmadığını beyan ederim.

Ankara

30 Nisan 2013



İmza

Prof. Dr. Nihat TOSUN

Müsteşar

MALİ HİZMETLER BİRİM YÖNETİCİSİ BEYANI

Strateji Geliştirme Başkanı olarak yetkim dâhilinde;

Bu idarede, faaliyetlerin mali yönetim ve kontrol mevzuatı ile diğer mevzuata uygun olarak yürütüldüğünü, kamu kaynaklarının etkili, ekonomik ve verimli bir şekilde kullanılmasını temin etmek üzere iç kontrol süreçlerinin işletildiğini, izlendiğini ve gerekli tedbirlerin alınması için düşünce ve önerilerimin zamanında üst yöneticiye raporlandığını beyan ederim.

İdaremizin 2012 yılı Faaliyet Raporu'nun "III/A- Mali Bilgiler" bölümünde yer alan bilgilerin güvenilir, tam ve doğru olduğunu teyit ederim.

Ankara

30 Nisan 2013



İmza

Memet ATASEVER

Strateji Geliştirme Başkanı