



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

Faaliyet Raporu 2011

STRATEJİ GELİŞTİRME BAŞKANLIĞI

www.sgb.saglik.gov.tr





Sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde sunulması ve sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliğinin sağlanması amacıyla Türkiye'ye özgün bir model olan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nı ortaya koyduk. Halkımıza kaliteli, kolay erişilebilir ve güler yüzlü bir hizmet sunulabilmesi için bütün imkânlarımızı seferber ettik. Hiçbir vatandaşımızın sağlık hizmetlerinden mahrum kalmadığı bir sistem kurmayı hedefledik. Devasa bir dönüşüm gerçekleştirdik.

Peki, bu devasa dönüşümü nasıl gerçekleştirdik?

Vatandaşlarımızın kaliteli sağlık hizmetlerine eşit biçimde erişmelerini gaye edinen insan odaklı ahlâki anlayışımızı ortaya koyduk. Vatandaşlarımıza insanca, eşit ve çağdaş bir sağlık hizmeti sunabilme gücünün var olduğuna inanarak yola çıktık. "Herkes için sağlık" dedik.

Sağlık hizmetlerinde eşi görülmemiş hız ve düzeyde sağlık çıktılarımızı iyileştirdik ve küresel başarı örneği sergiledik. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile devasa tecrübeler kazandık. Tecrübelerimizi ve başarılı uygulamalarımızı artık diğer ülkelerle paylaşıyoruz.

Vatandaşımızın muayenehaneye gitmeden hekimine ulaştığı sistemi kurduk. Acil ve yoğun bakım tedavilerini tüm hastanelerde ücretsiz vermeye başladık. Özel hastanelerde yanık, kanser, yenidoğan, organ nakilleri, doğumsal anomaliler, diyaliz ve kalp damar cerrahisi işlemlerinden ilave ücret alınmamasını sağladık. Aile bütçesinde yıkıma sebep olacak sağlık harcamalarına karşı vatandaşımızı koruyacak tedbirler aldık.

2003 yılında %39,5 olan sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı 2011 yılında %76'ya ulaştı. Bu memnuniyetle daha iyi düzeyde sağlık hizmeti talep eden halkımızın güvenini kazandık.

Biz bunları dokuz sene içerisinde istikrarlı bir yönetimle, gelişen bir ekonomiyle yaptık. Finansal sürdürülebilirliği olan sağlık sistemini kurduk. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile verimliliği artırdık. Bütün bunları devasa bir dönüşümü gerçekleştirirken ülkenin büyümesine paralel bir harcama ile kamu maliyesini de koruyarak yaptık.

Bu kadar başarıdan sonra her şeyi tamamladık iş bitti mi? Elbette ki daha yapacak çok iş var. Milletimizin her hizmetin en iyisine layık olduğunu biliyor ve "önce insan" diyerek yolumuza devam ediyoruz. Şüphesiz yaptıklarımızın bu denli yaygın ve etkili olması, bundan sonra yapacaklarımızın ve yapabileceklerimizin de habercisidir.

Türkiye'nin sağlık sektörü reformlarına, politikalarına ve stratejilerine rehberlik etmede katkı sağlayacak bu çalışmanın, sektörle ilgili tüm kurum, kuruluş ve kişilere faydalı olacağına inanıyorum.

Bakanlığımız faaliyetlerinin değerlendirilmesi ve kamuoyunun bilgilendirilmesi için önemli bir belge olan "Faaliyet Raporu 2011" in amacına ulaşmasını diliyor, çalışmada emeği geçenlere teşekkür ediyorum.

Sevgilerimle...

Prof. Dr. Recep AKDAĞ

Sağlık Bakanı





Cumhuriyetimizin ilk yıllarından itibaren sağlık insan gücünün yetiştirilmesi, sağlık tesislerinin kurulması, işletilmesi, bulaşıcı hastalıklarla mücadele edilmesi, koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması konularında Sağlık Bakanlığının planlama, uygulama ve denetim işlevleriyle önemli ilerlemeler kaydedilmiştir.

Merkezi planlama, yönetim ve kontrol esasına dayanan geleneksel kamu yönetimi anlayışı; beklentileri karşılama, verimlilik ve problem çözme gibi performans ölçütleri bakımından yetersiz kalmaktadır. Katılımcılık, şeffaflık ve hesap verebilirlik gibi değerlerin öne çıktığı çağdaş yönetim anlayışında, sonuç odaklılık, performans yönetimi ve yönetime değer katan sistem odaklı denetim öngörülmektedir. Bu yönetim anlayışının esas unsurları stratejik planlama, yerinden yönetim ve yatay organizasyon yapılarıdır.

2003 yılında uzun soluklu ve büyük hedefler koyarak uygulamaya başladığımız “Sağlıkta Dönüşüm Programı” ve 2006 yılında yürürlüğe giren 5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu ile kamu yönetimi anlayışında önemli bir değişim sürecine girdik. Yasanın yürürlüğe girmesi ile birlikte gelişen Kamu Mali Yönetim Reformu Süreci, kamuda “Stratejik Planlama” ve “Performans Esaslı Bütçeleme” dönemini başlatmıştır. Bu süreç sayesinde stratejik planlama, performans esaslı bütçeleme, mali saydamlık ve hesap verme sorumluluğu unsurları büyük önem kazandı. Bakanlığımız 2010-2014 Stratejik Planı yayımlanarak kamuoyuna sundu.

Yeni kamu yönetimi anlayışına göre ülkemizde bütün kamu kurum ve kuruluşları, kendi alanlarına giren bütün çalışmaları, bir plan dâhilinde gerçekleştirmek durumundadır. Kamu idarelerince hazırlanan stratejik planlar, kamu idarelerinin rehberidir. Stratejik planlama; kamu idarelerinin vatandaşlara sunulan hizmetleri planlı bir şekilde gerçekleştirmek, politika geliştirmek ve bu politikaları iş programları ve bütçeye dayandırmak için kullanacağı önemli bir araçtır. Bakanlığımız, görev alanına giren faaliyetleri, stratejik plan dâhilinde hazırlama konusunda son derece hassas davranmakta ve gayret göstermektedir.

Bu doğrultuda Bakanlığımız, 5018 sayılı Kanun ile getirilen yeni yaklaşım ve uygulamaların kamuda tam olarak yerleşmesi ve uygulanır hale gelmesi noktasında taşıdığı öncü ve örnek olma rolünün bilinciyle faaliyetlerini sürdürmektedir.

Faaliyet Raporları, kamu kaynaklarını kullananların daha fazla sorumluluk üstlenmelerini, performanslarını artırmalarını ve yasama denetiminin daha etkili olmasını sağlayacaktır.

Bakanlığımızın titizlikle yürüttüğü faaliyetlerine ve bu faaliyetlerin sonuçlarına ilişkin Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporunu mali saydamlık ilkesi gereği kamuoyu ile paylaşıyoruz.

Bu vesileyle Bakanlığımız faaliyetlerinin gerçekleştirilmesine katkı sağlayan Bakanlığımız personeline teşekkür eder, "Faaliyet Raporu 2011" in kamuoyuna ve bütün ilgililere faydalı olmasını dilerim.

Prof. Dr. Nihat TOSUN

Müsteşar



Bakan Sunuşu.....	3
Üst Yönetici Sunuşu	5
Grafikler.....	8
Tablolar	10
Kısaltmalar	11

I. İDAREYE İLİŞKİN GENEL BİLGİLER

A. MİSYON VE VİZYON	14
B. YETKİ, GÖREV VE SORUMLULUKLAR	15
C. İDAREYE İLİŞKİN BİLGİLER	
1. FİZİKSEL YAPI.....	16
2. TEŞKİLAT YAPISI	18
3. BİLGİ VE TEKNOLOJİK KAYNAKLAR.....	22
4. İNSAN KAYNAKLARI	31
5. SUNULAN HİZMETLER.....	37
6. YÖNETİM VE İÇ KONTROL SİSTEMİ	43

II. AMAÇ VE HEDEFLER

A. İDARENİN AMAÇ VE HEDEFLERİ	48
B. TEMEL POLİTİKALAR VE ÖNCELİKLER.....	52

III. FAALİYETLERE İLİŞKİN BİLGİ VE DEĞERLENDİRMELER

A. MALİ BİLGİLER	58
1. Bütçe Uygulama Sonuçları	58
2. Temel Mali Tablolara İlişkin Açıklamalar	59



B. PERFORMANS BİLGİLERİ	63
A. Koruyucu ve Temel Sağlık Hizmetleri	63
B. Teşhis ve Tedavi Hizmetleri	92
C. İlaç ve Eczacılık	101
D. Sağlık Hizmet Planlaması	105
E. Sınır Ötesi Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Birliği	109
F. Sağlıkta Stratejik Yönetim, Performans ve Kalite	113
G. Sağlıkta Finansal Yönetim	125

IV. KURUMSAL KABİLİYET VE KAPASİTENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

A. GÜÇLÜ YÖNLER	150
B. ZAYIF YÖNLER	151
C. FIRSATLAR	152
D. TEHDİTLER	153
E. DEĞERLENDİRME	154

V. ÖNERİ VE TEDBİRLER

ÖNERİ VE TEDBİRLER	160
--------------------	-----

EKLER

EK-1. İÇ KONTROL GÜVENCE BEYANI	162
EK-2. MALİ HİZMETLER BİRİM YÖNETİCİSİ BEYANI	163



Grafik 1.	Avrupa ve Türkiye’de Yüz Bin Kişiyeye Düşen Hekim Sayısı	32
Grafik 2.	Avrupa ve Türkiye’de Yüz Bin Kişiyeye Düşen Pratisyen Hekim Sayısı	32
Grafik 3.	Avrupa ve Türkiye’de Yüz Bin Kişiyeye Düşen Uzman Hekim Sayısı	33
Grafik 4.	Avrupa ve Türkiye’de Yüz Bin Kişiyeye Düşen Diş Hekimi Sayısı	33
Grafik 5.	Avrupa ve Türkiye’de Yüz Bin Kişiyeye Düşen Eczacı Sayısı.....	34
Grafik 6.	Avrupa ve Türkiye’de Yüz Bin Kişiyeye Düşen Ebe ve Hemşire Sayısı	34
Grafik 7.	Sağlık Bakanlığı Personel Sayısındaki Net Değişim	35
Grafik 8.	Uzman Hekim Başına Düşen Nüfus, (2002-2011)	36
Grafik 9.	Yıllara Göre Uzman Hekim Oranının Sektörler Arası Dağılımı, Türkiye	36
Grafik 10.	Yıllar İtibariyle Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Genel Bütçe İçindeki Payı, (2002-2011).....	61
Grafik 11.	Temel Sağlık Hizmetlerine Ayrılan Kaynak, (milyon ₺).....	64
Grafik 12.	Türkiye’de Aile Hekimi Başına Düşen Nüfus, (2011)	65
Grafik 13.	Türkiye’de Yıllara Göre Sağlık Bakanlığı Birinci Basamak Kuruluşları Sevk Oranı, (%)	66
Grafik 14.	Türkiye’de Gebelerin Doğum Öncesi Bakım Hizmeti Alma Oranı, (%)	67
Grafik 15.	Türkiye’de Hastanede Yapılan Doğum Oranı, (%)	68
Grafik 16.	Türkiye’de Sağlık Kuruluşlarında Gerçekleşen Doğumların Tüm Doğumlar İçindeki Oranı, (%), (2002, 2011)	69
Grafik 17.	Anne Ölüm Oranlarının Uluslararası Karşılaştırması, (Yüz Bin Canlı Doğumda)	70
Grafik 18.	Bebek Dostu Hastane Sayısı	71
Grafik 19.	Yenidoğan Yoğun Bakım Yatak Sayıları	74
Grafik 20.	Türkiye’de Yıllara Göre Bebek Ölüm Hızı, (binde)	74
Grafik 21.	Yıllar İtibariyle Aşılama Oranları, (%)	75
Grafik 22.	(DaBT+IPA+Hib) Aşılama Oranlarının Uluslararası Karşılaştırması, (%), (2002, 2010)	76
Grafik 23.	DSÖ Avrupa Bölgesi ve Türkiye TB Prevalansları, (yüzbinde)	77
Grafik 24.	KETEM Sayıları.....	82
Grafik 25.	Ülkelere Göre Her Gün Tütün Mamulü Kullanma Durumu, (%), (2010)	84
Grafik 26.	Obez Bireylerin Cinsiyete Göre Uluslararası Karşılaştırması, (2010)	86
Grafik 27.	Yıllara Göre 112 Acil Yardım İstasyonu Başına Düşen Nüfus, Sağlık Bakanlığı, Türkiye	87



Grafik 28. Sabit Protez Sayısı (bin), Dolgu Sayısı (bin), Kanal Tedavi Sayısı (bin)	91
Grafik 29. Ağız Diş Sağlığı Merkezi Sayısı, Sağlık Bakanlığında Çalışan Diş Hekimi Sayısı	91
Grafik 30. Türkiye’de Yıllara Göre Sağlık Kuruluşunda Kişi Başı Hekime Müracaat Sayısı.....	92
Grafik 31. Hekim Seçme Hakkı Tanınan Hastane ve ADSM Sayısı	94
Grafik 32. Organ Nakli Sayıları.....	97
Grafik 33. AB Ülkelerinde ve Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Oranları, (%), (2011)	100
Grafik 34. Kamu İlaç Tüketimi ve Harcamalarındaki Değişim, (%)	102
Grafik 35. Sağlık Yatırım, Donanım ve Taşıt Alımı Harcamaları, (2011 Yılı Fiyatlarıyla- milyon ₺).....	106
Grafik 36. Türkiye’de Yıllara ve Sektörlere Göre Hasta Yatağı Sayısı.....	106
Grafik 37. Nitelikli Hasta Yatağı Oranı	107
Grafik 38. Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Çalışan Tam Zamanlı Uzman Hekim Oranı, (%)	117
Grafik 39. Faiz Dışı Genel Kamu Harcamaları ve Kamu Sağlık Harcamalarının Artış Eğilimleri	125
Grafik 40. Radyolojik Görüntüleme Fiyatları, (2011 Rakamları ile ₺).....	126
Grafik 41. Sağlık Bakanlığı Kurumları Hizmet Alımları Ortalama Firma Kâr Oranları, (%).....	133
Grafik 42. Sağlık Bakanlığına Bağlı Kurumların Stok Düzeyleri, (milyon ₺)	135
Grafik 43. Azami Stok Miktarı Uygulaması ve Stok Düzeylerinin Değişim Seyri, (milyon ₺)	136
Grafik 44. 2011 Yılı Aylık Stok Fazlası Devir Tutarları, (milyon ₺)	137
Grafik 45. 2011 Yılı İhtiyaç Fazlası Devir Tutarları, (milyon ₺)	138
Grafik 46. 2011 Yılı Küçük Kurumların Büyük Kurumlardan Aldığı İlaç ve Tıbbî Malzemelerin Aylık Tutarı, (milyon ₺)	140
Grafik 47. İlaç ve Tıbbî Malzeme Satın Alan Hastane Sayısı	141
Grafik 48. Sağlık Bakanlığı İhale Sayıları	143
Grafik 49. Aralık 2011 İtibari ile İşletmelerin Risk Dağılımı	146



Tablo 1.	Bakanlık Birimleri ve Bağlı Kuruluşlarının Hizmet Binaları ve Adresleri, (2011).....	16
Tablo 2.	Bakanlığımız Sağlık Hizmet Kuruluşları Sayısı, (2011)	17
Tablo 3.	Bilgi ve Teknoloji Projeleri	30
Tablo 4.	Sağlık Personel Sayıları, Tüm Sektörler, Türkiye, (2002, 2011)	31
Tablo 5.	Ödenek ve Harcama Gerçekleşmeleri, (2011)	58
Tablo 6.	Yıllar İtibarıyla Sağlık Bakanlığı Tahakkuk-Tahsilât ve Terkin Rakamları, (milyon ₺), (2004-2011), (2011 Yılı Fiyatlarıyla)	58
Tablo 7.	Ödenek ve Harcamaların Ekonomik Sınıflandırmaya Göre Dağılımı, (2011)	59
Tablo 8.	Yeşil Kart Ödenek ve Harcamaları, (2011)	59
Tablo 9.	Yıllar İtibarıyla Yeşil Kart Harcamaları	60
Tablo 10.	Aile Hekimliği Harcama Miktarları, (2011)	60
Tablo 11.	Yıllar İtibarıyla Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Genel Bütçe İçindeki Payı, (2002-2011)	61
Tablo 12.	Çocukluk Dönemi Aşı Takvimi, (2011)	76
Tablo 13.	Yıllara Göre Sıtma İnsidansının Uluslararası Karşılaştırılması, (yüzbinde)	78
Tablo 14.	Tüm Yaş Gruplarında Beden Kitle İndeksi Yüzdeleri	85
Tablo 15.	Türkiye’de Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelerde Toplam Muayene Sayısı, (milyon).....	92
Tablo 16.	Türkiye’de Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanede Kişi Başı Muayene Sayısı	92
Tablo 17.	Türkiye’de Yıllara ve Sektörlere Göre Yatan Hasta Sayısı.....	93
Tablo 18.	Türkiye’de Yıllara ve Sektörlere Göre Toplam Ameliyat Sayıları	93
Tablo 19.	Türkiye’de Yıllara Göre Yataklı Tedavi Kurumlarında Cihaz Sayıları	93
Tablo 20.	Sağlık Yatırımları	107
Tablo 21.	Basitleştirilmiş, Etkin Kamu Hizmeti Sunulması İçin Yapılan Çalışmalar	108
Tablo 22.	İşçi Sayısı Tespit ve Takip Sisteminde Yapılmış Örnek Bir Hesaplama	132
Tablo 23.	Aralık 2011 İtibarıyla Döner Sermayeli İşletmelerin Risk Değerleri	145



AB	Avrupa Birliği	MR	Manyetik Rezonans
ASM	Azami Stok Miktarı	MSVS	Minimum Sağlık Veri Setleri
BT	Bilgisayarlı Tomografi	OECD	Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
CBS	Coğrafi Bilgi Sistemi	PYDB	Proje Yönetim ve Destek Birimi
CYBE	Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar	SAKOM	Sağlık Afet Koordinasyon Merkezi
ÇKYS	Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi	SGB	Strateji Geliştirme Başkanlığı
DBB	Doktor Bilgi Bankası	SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
DHY	Devlet Hizmet Yükümlülüğü	SGP	Satınalma Gücü Paritesi
DMO	Devlet Malzeme Ofisi	SH	Stratejik Hedef
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü	SKRS	Sağlık Kodlama Referans Sözlüğü
EBYS	Elektronik Belge Yönetim Sistemi	SKYS	Özel Sağlık Kuruluşları Yönetim Sistemi
EKG	Elektrokardiyografi	TDMS	Tek Düzen Muhasebe Sistemi
ESK	Elektronik Sağlık Kaydı	TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
EUROSTAT	Avrupa İstatistik Ofisi	TSİM	Temel Sağlık İstatistik Modülü
FEP	Finansal Eylem Planları	TSM	Toplum Sağlığı Merkezi
FTR	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
GAP	Güneydoğu Anadolu Projesi	TÜRKÖK	Türkiye Kök Hücre Koordinasyon Merkezi
GSS	Genel Sağlık Sigortası	USBS	Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi
GSYH	Gayri Safi Yurt İçi Hasıla	USEM	Ulusal Sağlık Enformasyon Modeli
İKYS	İnsan Kaynakları Yönetim Sistemi	USG	Ultrasonografi
İTS	İlaç Takip Sistemi	USVS	Ulusal Sağlık Veri Standartları
KBÖ	Kesintili Başlangıç Ödeneği	UZEM	Ulusal Zehir Danışma Merkezi
KDS	Karar Destek Sistemi	YGAP	Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri
KKKA	Kırım Kongo Kanamalı Ateşi	YÖK	Yükseköğretim Kurulu
KKS	Konjenital Kızamıkçık Sendromu	YSÖ	Yıl Sonu Ödeneği
KÖO	Kamu Özel Ortaklığı	YTK	Yataklı Tedavi Kurumu
KVC	Kardiyovasküler Cerrahi	YTS	Yatırım Takip Sistemi
MKYS	Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemi		





I. İDAREYE İLİŞKİN GENEL BİLGİLER

*Herkesin sağlıklı ve
müreffeh yaşadığı bir
TÜRKİYE*

*Vatandaşımızın
sağlığını korumak ve geliştirmek*

Misyonumuz...

Vizyonumuz...



YETKİ, GÖREV VE SORUMLULUKLAR

Resmi Gazetede yayımlanan 02.11.2011 tarihli 663 sayılı "Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname" ile Bakanlığımızın yetki, görev ve sorumlulukları;

“Herkesin bedenî, zihnî ve sosyal bakımdan tam bir iyilik hâli içinde hayatını sürdürmesini sağlamaktır.” şeklinde tanımlanmıştır.

Bu kapsamda Bakanlığımızın görevleri şunlardır;

- Halk sağlığının korunması ve geliştirilmesi, hastalık risklerinin azaltılması ve önlenmesi
- Teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin yürütülmesi
- Uluslararası önemi haiz halk sağlığı risklerinin ülkeye girmesinin önlenmesi
- Sağlık eğitimi ve araştırma faaliyetlerinin geliştirilmesi
- 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
- İnsan gücünde ve maddî kaynaklarda tasarruf sağlamak ve verimi artırmak, sağlık insan gücünün ülke sathında dengeli dağılımını sağlamak ve bütün paydaşlar arasında işbirliğini gerçekleştirmek suretiyle yurt sathında eşit, kaliteli ve verimli hizmet sunumunun sağlanması
- Kamu ve özel hukuk tüzel kişileri ile gerçek kişiler tarafından açılacak sağlık kuruluşlarının ülke sathında planlanması ve yaygınlaştırılması ile ilgili olarak sağlık politikaları belirlenmesi



1. FİZİKSEL YAPI

Bakanlığımız birimlerinin ve bağlı kuruluşlarının hizmet binaları ve adresleri Tablo 1'de yer almaktadır.

Tablo 1. Bakanlık Birimleri ve Bağlı Kuruluşlarının Hizmet Binaları ve Adresleri, (2011)

BİRİMİN ADI	HİZMET ADRESİ
Sağlık Bakanlığı Özel Kalem Müdürlüğü	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 Sk. 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 Sk. 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 Sk. No:5 Çankaya/Ankara
Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü	Kemankeş Cad. Karamustafapaşa Sk. No:2 Beyoğlu/İstanbul



Tablo 2. Bakanlığımız Sağlık Hizmet Kuruluşları Sayısı, (2011)

HİZMET VEREN SAĞLIK KURULUŞLARI	2011
Hastane Sayısı	840
Ağız Diş Sağlığı Merkezi/Hastanesi	122
Semt Polikliniği	154
Aile Sağlığı Merkezi	6.520
Toplum Sağlığı Merkezi	957
Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi	183
Verem Savaş Dispanseri	194
Sağlık Evi (Aktif Çalışan)	4.344
112 Acil Yardım İstasyonu	1.710
Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM)	124
Sıtma Laboratuvarı	81
Hava Limanı Sağlık Denetleme Merkezi	16
Sahil Sağlık Denetleme Merkezi (Aktif Çalışan)	43
Hıfzıssıhha Bölge Müdürlükleri (Merkez Başkanlık Hariç)	7



2. TEŞKİLAT YAPISI

Sağlık Bakanlığı teşkilatı; Merkez Teşkilat, Taşra Teşkilatı ve Bağlı Kuruluşlardan meydana gelir.

Bakanlık Hizmet Birimleri:

- 1) Hukuk Müşavirliği
- 2) Denetim Hizmetleri Başkanlığı
- 3) Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü
- 4) Strateji Geliştirme Başkanlığı
- 5) Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
- 6) Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü
- 7) Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
- 8) Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü
- 9) Dış İlişkiler ve Avrupa Birliği Genel Müdürlüğü
- 10) Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü
- 11) Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü

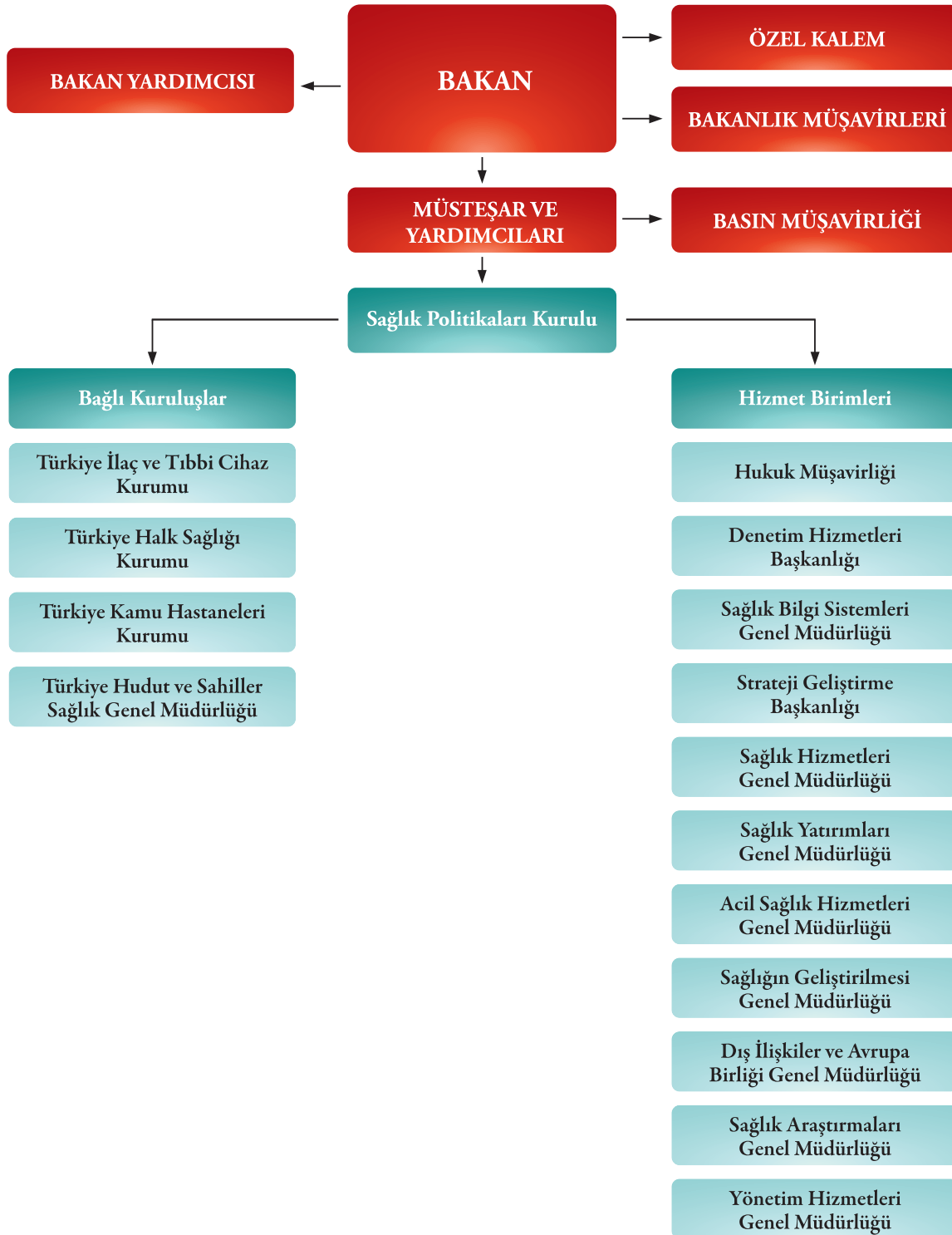
Bağlı Kuruluşlar:

- 1) Türkiye İlaç ve Tıbbî Cihaz Kurumu
- 2) Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
- 3) Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
- 4) Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü



2.1. Merkez Teşkilat

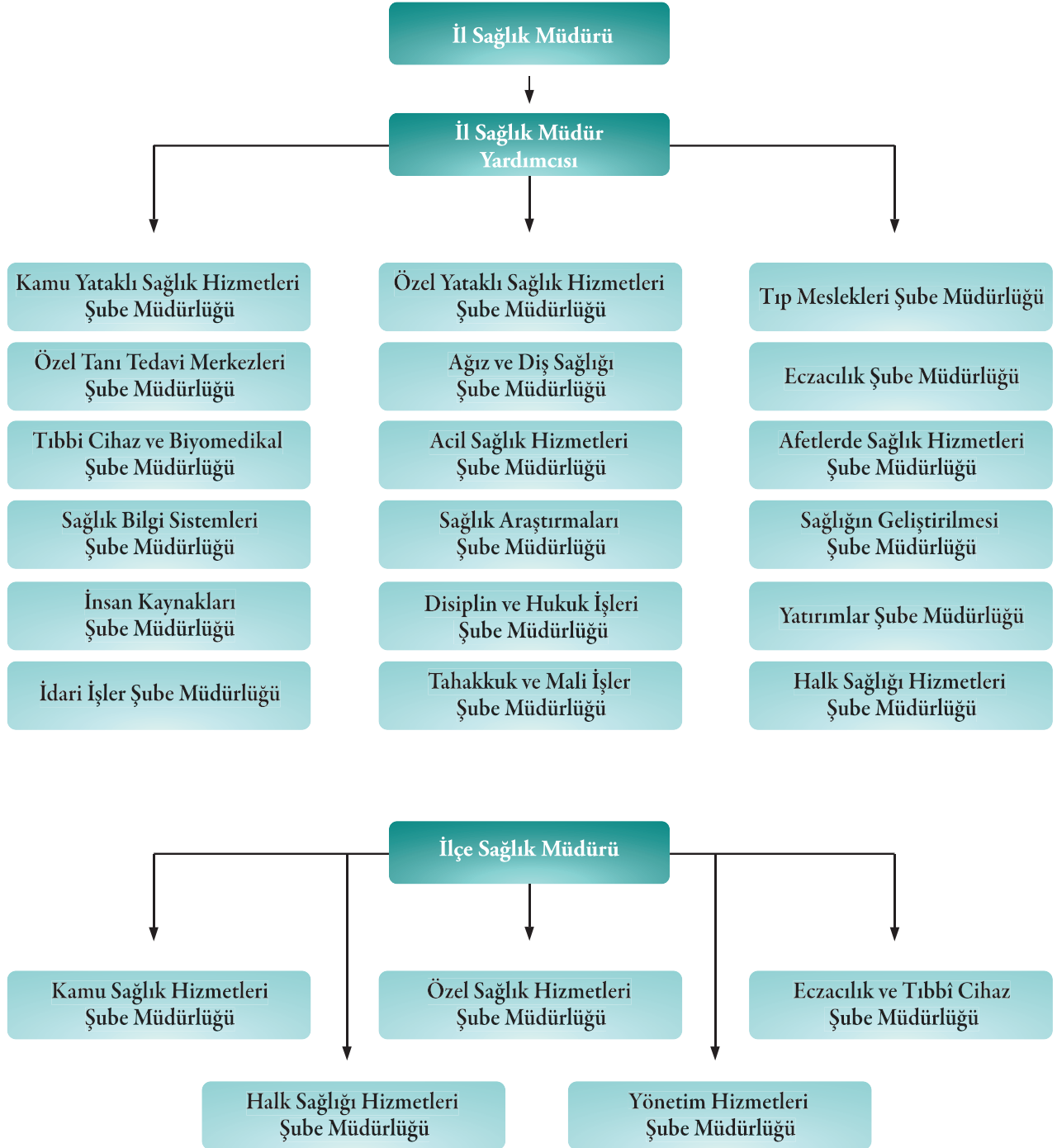
SAĞLIK BAKANLIĞI TEŞKİLAT ŞEMASI





2.2. Taşra Teşkilatı

SAĞLIK BAKANLIĞI TAŞRA TEŞKİLATI ŞEMASI





2.3. Bağlı Kuruluşlar



Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

Bakanlık politika ve hedeflerine uygun olarak temel sağlık hizmetlerini yürütmekle görevlidir.

Türkiye İlaç ve Tıbbî Cihaz Kurumu

Bakanlık politika ve hedeflerine uygun olarak ilaçlar, ilaç üretiminde kullanılan etken ve yardımcı maddeler, ulusal ve uluslararası kontrole tabi maddeler, tıbbî cihazlar, vücut dışı tıbbî tanı cihazları, geleneksel bitkisel tıbbî ürünler, kozmetik ürünler, homeopatik tıbbî ürünler ve özel amaçlı diyet gıdalar hakkında düzenleme yapmakla görevli, Bakanlığa bağlı, özel bütçeli, kamu tüzel kişiliğini haizdir.

Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü

Türk boğazları, hudut ve sahilleri ile ilgili uluslararası sözleşme ve mevzuat hükümlerinden kaynaklanan yükümlülükleri yerine getirmekle görevli, Bakanlığa bağlı, özel bütçeli, kamu tüzel kişiliğini haizdir.

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu

Bakanlık politika ve hedeflerine uygun olarak ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini vermek üzere hastanelerin, ağız ve diş sağlığı merkezlerinin vb. sağlık kuruluşların açılması, işletilmesi, faaliyetlerinin izlenilmesi, değerlendirilmesi, denetlenmesi, bu hastanelerde her türlü koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin verilmesini sağlamakla görevlidir.



3. BİLGİ VE TEKNOLOJİK KAYNAKLAR

3.1. Sağlıkta e-Dönüşüm: Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi (USBS)

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın temel bileşenlerinden biri olan Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi, uygulamaya koyduğumuz reformların en önemli aşamalarından biridir. Bu programla sağlık bilgi sistemlerine ulusal standardizasyon getiren etkin yapıyı kurduk.

USBS, vatandaşlarımızın sağlık bilgilerine bireysel olarak ulaşabilecekleri işlevsel veri tabanıdır. Doğum öncesinden başlayıp hayatın tüm evrelerini kapsamaktadır. Yüksek bant genişlikli ve tüm ülkeyi kapsayan bir iletişim omurgasına sahiptir. Tele-tıp uygulamalarına imkan sağlamaktadır. Öte yandan bu sistemle sağlık hizmeti sunan tüm kurum ve kuruluşların insan gücü, taşınır, taşınmaz, idari ve mali verilerini de kayıt altına almak mümkün olabilmektedir. Bu çerçevede hayata geçirdiğimiz e-Sağlık projeleri ile hizmet kalitesini artırmayı hedefledik.

e-Sağlık projelerinin temel amaçları şu şekilde özetlenebilir:

- Sağlık veri standardizasyonu sağlamak.
- Veri analiz desteği ve karar destek sistemleri oluşturmak.
- e-Sağlık paydaşları arasında veri akışını hızlandırmak.
- Elektronik kişisel sağlık kayıtlarını oluşturmak.
- Kaynak tasarrufunun sağlanması ve verimliliği artırmak.
- Bilimsel çalışmalara destek vermek.
- e-Sağlık kavramının ulusal anlamda benimsenmesini hızlandırmak.

3.2. 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 bir bilgi ve iletişim platformudur. Sağlık-NET, toplanan bu verilerden tüm paydaşlar için bilgiler üretir. Yüksek bant genişlikli ve güvenli iletişim omurgasına sahiptir. Tüm sağlık hizmetlerinde verim ve kaliteyi artırmayı hedeflemektedir. Sağlık-NET, sağlık sektöründe sorunların ve önceliklerin belirlenmesinde, önlemlerin alınmasında, sektör kaynaklarının ve yatırımların planlanmasında, sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin değerlendirilmesinde yeterli düzeyde veri toplar ve bunları işler.

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



Sağlık-NET'in altyapısının temel özellikleri şunlardır:

- Sağlık kurumlarındaki bağımsız yazılımlardan standart veri transferi yapabilir.
- Hastalık yüküne, sağlık harcamalarına, demografik analizlere, gerekli ve yeterli bilgiye ulaşılabilen karar destek sistemi mevcuttur.
- 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 artırdı. Bu ihtiyacı karşılamak üzere önemli çalışmalar yapılmaktadır. Özellikle sağlık bilişimi alanında pek çok uluslararası standart geliştirilmektedir. Bu standartlar; verinin tanımlanması, aktarılması, saklanması, mahremiyetinin korunması ve analiz edilmesi aşamalarında nasıl bir yöntem izleneceği konusunda kurallar getirmektedir.

İlk iş olarak veri standardizasyonu için USVS geliştirme çalışmalarına başladık.

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

USVS analiz çalışmalarında çeşitli sağlık bilgi sistemlerini analiz ettik. Hangi birimin hangi verileri ürettiği, karar mekanizmasında hangi bilgilere ihtiyaç duyulduğunu inceledik. DSÖ, EUROSTAT ve OECD için hazırlanan istatistikleri değerlendirdik. Bu analizler sonucunda, elektronik sağlık kaydı oluşturmak için semantik bir veri modeli olarak Ulusal Sağlık Enformasyon Modeli (USEM)'ni geliştirdik. USEM, hiyerarşik yapıda tasarlanan bir bilgi modelidir. Bununla birlikte USVS, Sağlık Kodlama Referans Sözlüğü (SKRS) bünyesinde yer alan ve ülke çapında referans olarak kullanılan kodlama ve sınıflandırma sistemlerinin tanımlarını da barındırmaktadır.



USVS'nin en önemli fonksiyonu "karşılıklı işlerlik" temeli oluşturmaktır. Bu nedenle Veri Elemanı Belirleme Algoritması'nda aşağıdaki etkenleri 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
- Pratikte 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 USVS'yi yayımladık.

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

USVS 1.1. kapsamını genişleterek sağlık bilişim sektörünün değişen ve gelişen ihtiyaçlarına göre güncelledik.

Minimum Sağlık Veri Setleri (MSVS) ise USVS'de tanımlı veri elemanlarından oluşmaktadır. MSVS, üretildikleri ortamda veri gönderim paketlerine dönüştürülerek sağlık verilerinin toplandığı Elektronik Sağlık Kaydına iletilmektedir. Toplanan veriler, Karar Destek Sisteminde raporlara dönüştürülmektedir.



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 ve özel sağlık kurumlarında kullanılan bilgi sistemlerinde ortak bir kodlama standardı oluşturmak,
- Veri alışverişinde yaşanan veri uyumsuzluğunu ortadan kaldırmak ve birlikte çalışabilir zemin sağlamak.

SKRS içerisinde yer alan standartlar şunlardır:

- Tanı sınıflama sistemi (ICD-10)
- İlaç kodları
- Klinik kodları
- Sağlık kurumu kodları
- Muhtemel tanı 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 iletişim 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 ikinci ve üçüncü basamak 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

C. Elektronik Sağlık Kayıtları (ESK)

EKS, vatandaşın sağlık kuruluşlarda sağlık verilerinin 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.

Bu proje, vatandaşların kişisel sağlık verilerinin paylaşımını yönetmeyi de sağlayacaktır. www.turkiye.gov.tr ve vatandas.saglik.gov.tr web adresleri üzerinden servise açılacak olan uygulamamız test aşamasındadır.

Vatandaşlar ve doktorlar, ESK projesinde başlangıçta aşağıdaki kayıtlara ulaşabilecekler:

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



3.3. Kurumsal Kaynak Planlama Sistemleri

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

Kurumsal Kaynak Planlama Sistemi, Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi'ni (ÇKYS) kullanmaktadır. ÇKYS; personel, taşınırlar 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 bünyesindeki tüm personel bilgi ve hareketlerinin izlenmesi, raporlanması ve kaydedilmesi ile Bakanlık merkez teşkilatı bordro ve tahakkuk işlemlerinin yapılmasını sağlar. İKYS, Bakanlık merkez ve taşra teşkilatındaki personel işlemlerini doğru, hızlı ve yürürlükteki mevzuata uygun olarak yürütür.

Sistem; atama, sicil, terfi, maaş ve tahakkuk gibi personel özlük işlemlerinin tümünü içerir.

İKYS'de Devlet Hizmet Yükümlülüğü (DHY) uygulamasına ilişkin tüm hesaplamaları tüm yetkili kullanıcılara açık olarak gerçekleştirmektedir.

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 KDS'ye 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 sorgulamaktadır. 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, 2007 yılından beri aktif olarak kullanılmaktadır. Bu sistem, Türkiye'nin ve dünyanın sayılı büyük elektronik malzeme depolarındandır.



3.4. Karar Destek Sistemleri (KDS)

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

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.

Bakanlık olarak çok çeşitli ve çok büyük miktarlarda veri toplamaktayız. Karar destek raporlarının Coğrafi Bilgi Sistemi ile bütünleşik olarak kullanılması başta bulaşıcı ve salgın hastalık olmak üzere daha 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.

3.5. Diğer Uygulamalar

A. Elektronik Belge Yönetim Sistemi (EBYS)

Bakanlığımız merkez teşkilatında belge ve bilgi alış verişinin 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 hale getirdik. Yazışmalar için harcanan kaynakları (kâğıt, fotokopi, toner, insan gücü) asgariye indirdik.

Ayrıca fiziksel ortamda yaşanan sorunları önledik. EBYS içerisinde elektronik arşivleme de yapılabilmektedir. 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 EBYS'de Güvenli Elektronik İmza entegrasyonunu sağladık. Bakanlık merkez teşkilatı ve bağlı kurumlarda imza yetkisini haiz tüm çalışanlarımıza e-İmza tedarik edilmektedir. e-İmza edindirme ve kullanıcı alışkanlığı oluşturma süreçlerinin tamamlanmasını müteakip kâğıt üzerinde yazışmalara son verilmesini ve mobil imza entegrasyonunu planladık.



C. Ulusal Özürlüler Veri Bankası

Ulusal 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 bünyesinde 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)

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 yatırımların, yatırım tekliflerinin, inşaat seviyeleri, bina onarımları ve yapı, tesis revize işlemlerini takip ediyoruz. Yatırım Bilgi Sistemi aracılığıyla bir taşınmazı ihaleden bitiş aşamasına kadar hatta bitiş sonrasında da takip etmekteyiz.

Bina Bilgi Sistemi'nde Bakanlığımız kurumlarının binalarının 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)

SKYS, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nce 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 çevrimiçi 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.

F. Doktor Bilgi Bankası (DBB)

Doktor Bilgi Bankası, Türkiye'deki tüm hekimlerin kısa kimlik ve eğitim bilgilerini içerir. DBB; kurumların, hekimlerin şahsi bilgilerini yasal çerçeve içinde elektronik ortamda görebilmesini ve web servisleri aracılığıyla paylaşmasını sağlar.



Tablo 3. Bilgi ve Teknoloji Projeleri

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 (TYS)	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 BS	Birinci Basamak Bilgi Sistemi ve Çevre Birimleri Alım Kılavuzu
Tek Düzen Muhasebe Sistemi (TDMS)	Diyaliz Bilgi Sistemi	PACS Alımı Çerçeve İlkeleri
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 KAYNAKLARI

4.1 İnsan Kaynakları Durum Tespiti

Aralık 2011 itibarıyla ülkemizdeki toplam hekim sayısı 126.029 olup yüz bin kişiye düşen hekim sayısı 169, pratisyen hekim sayısı 53, uzman hekim sayısı 88, diş hekimi 28, eczacı 35, ebe ve hemşire 237'dir.

2011 yılı sonu itibarıyla tıp fakültelerinde toplam 41.664 kayıtlı öğrenci mevcut olup toplam öğretim üyesi sayısı 9.970'dir. Öğretim üyesi başına düşen öğrenci sayısı 4'tür.

Ülkemizde öğretim üye sayısı yeterli olmakla birlikte dengeli dağılımdan uzaktır. Bunu sağlamak için yeni tıp fakültesi kurulurken ya da mevzuatlarda yeni kontenjan oluştururken öğretim üye sayısı da ihtiyaca göre artırılmaktadır.

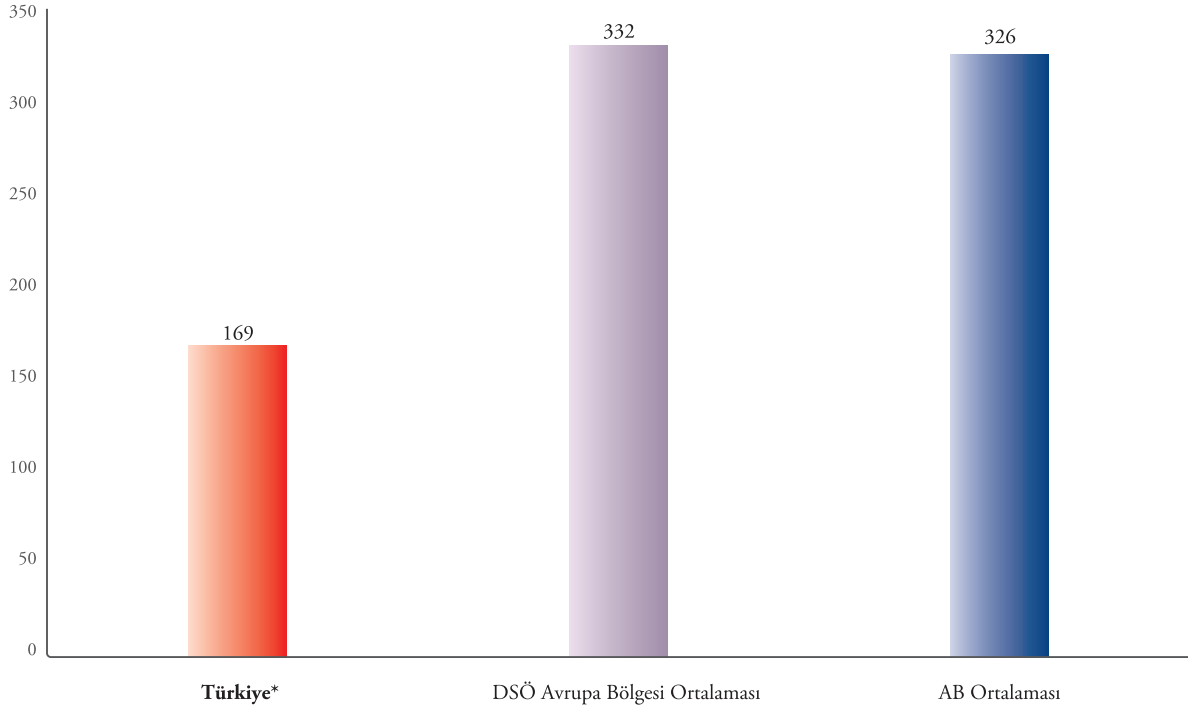
Tablo 4. Sağlık Personel Sayıları, Tüm Sektörler, Türkiye, (2002, 2011)

	2002	2011
Uzman Hekim	45.457	66.064
Pratisyen Hekim	30.900	39.712
Asistan Hekim	15.592	20.253
Toplam Hekim	91.949	126.029
Diş Hekimi	16.371	21.099
Eczacı	22.289	26.089
Hemşire	72.393	124.982
Ebe	41.479	51.905
Diğer Sağlık Personeli	50.106	110.862
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	83.964	209.126
Toplam Personel Sayısı	378.551	670.092

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü



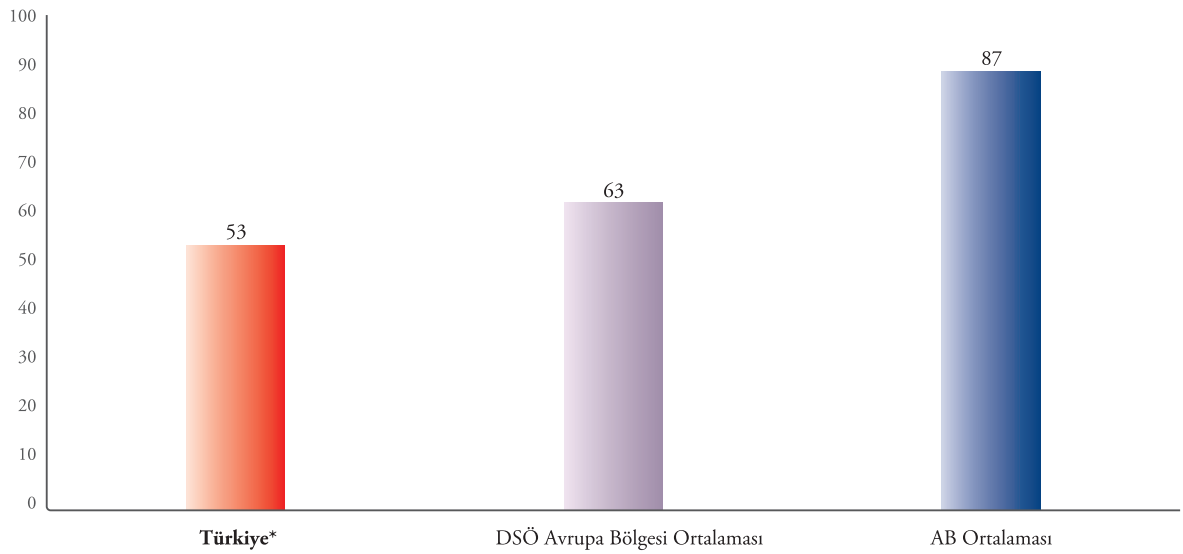
Grafik 1. Avrupa ve Türkiye’de Yüz Bin Kişiyeye Düşen Hekim Sayısı



Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, World Health Statistics 2012

* Türkiye için 31.12.2011 tarihli veriler esas alındı.

Grafik 2. Avrupa ve Türkiye’de Yüz Bin Kişiyeye Düşen Pratisyen Hekim Sayısı

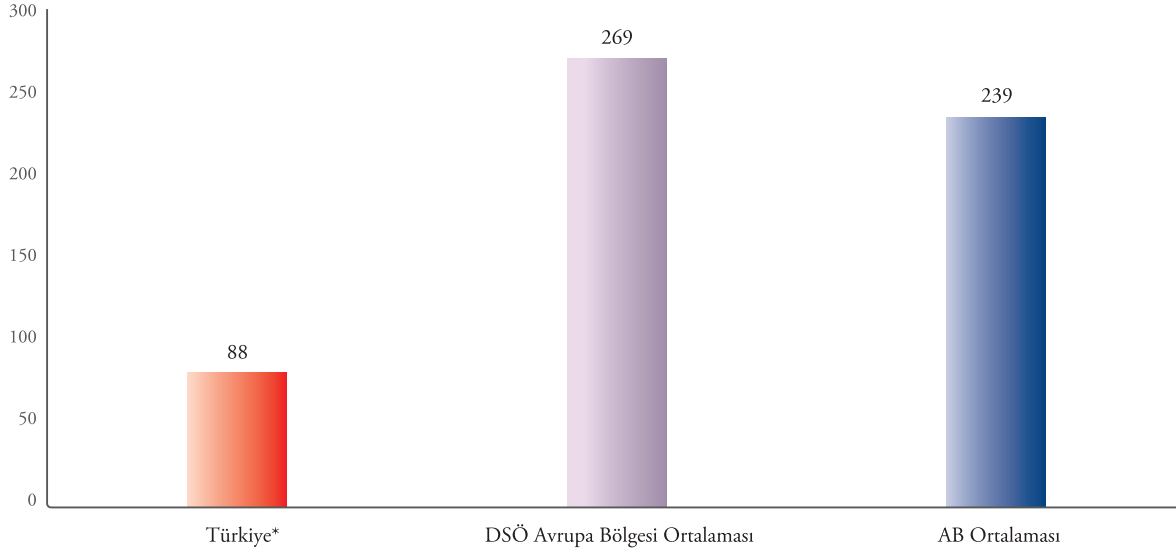


Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, World Health Statistics 2012

* Türkiye için 31.12.2011 tarihli veriler esas alındı.



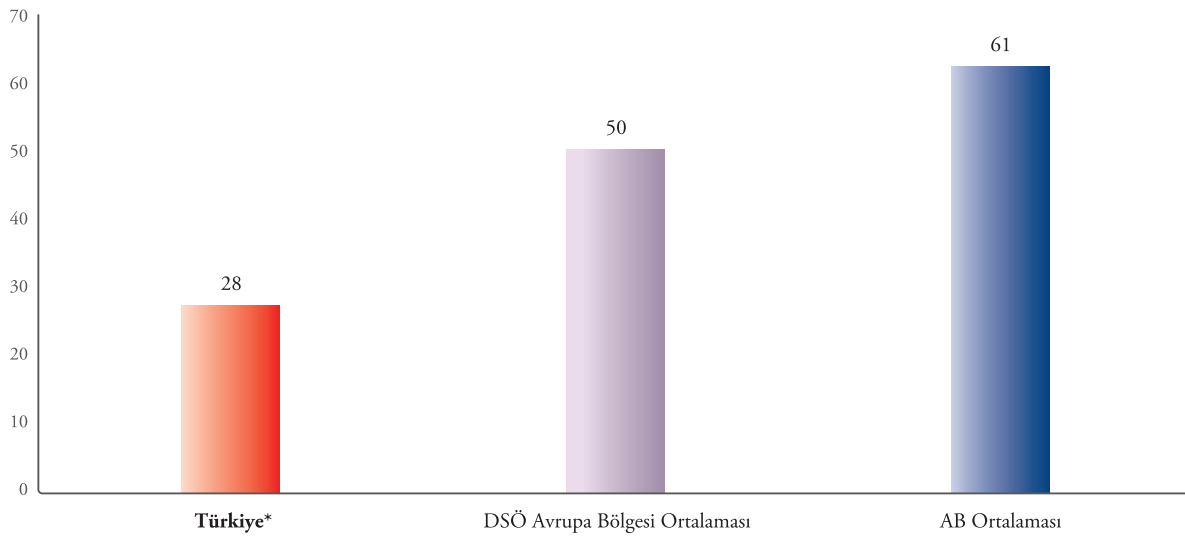
Grafik 3. Avrupa ve Türkiye'de Yüz Bin Kişiye Düşen Uzman Hekim Sayısı



Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, World Health Statistics 2012

* Türkiye için 31.12.2011 tarihli veriler esas alındı.

Grafik 4. Avrupa ve Türkiye'de Yüz Bin Kişiye Düşen Diş Hekimi Sayısı

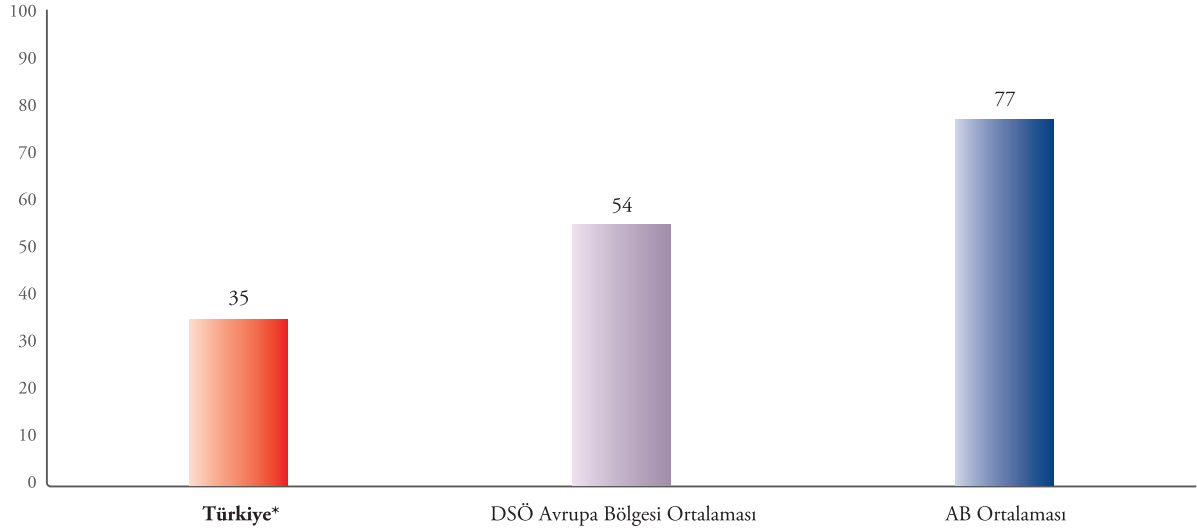


Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, World Health Statistics 2012

* Türkiye için 31.12.2011 tarihli veriler esas alındı.



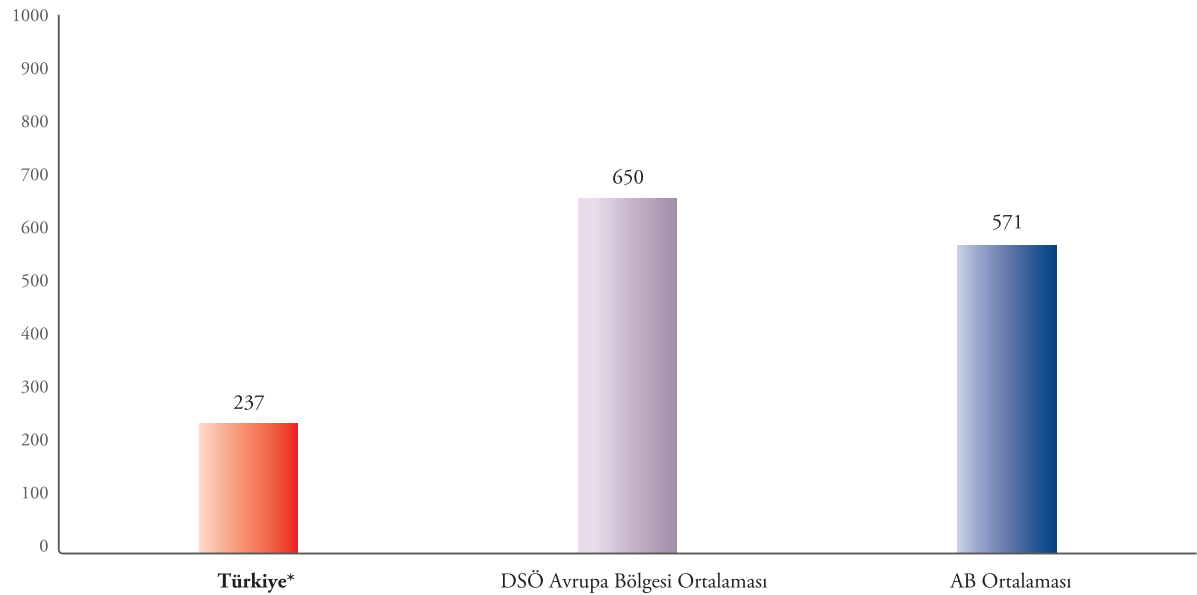
Grafik 5. Avrupa ve Türkiye’de Yüz Bin Kişiy e Düşen Eczacı Sayısı



Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, World Health Statistics 2012

* Türkiye için 31.12.2011 tarihli veriler esas alındı.

Grafik 6. Avrupa ve Türkiye’de Yüz Bin Kişiy e Düşen Ebe ve Hemşire Sayısı



Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, World Health Statistics 2012

* Türkiye için 31.12.2011 tarihli veriler esas alındı.



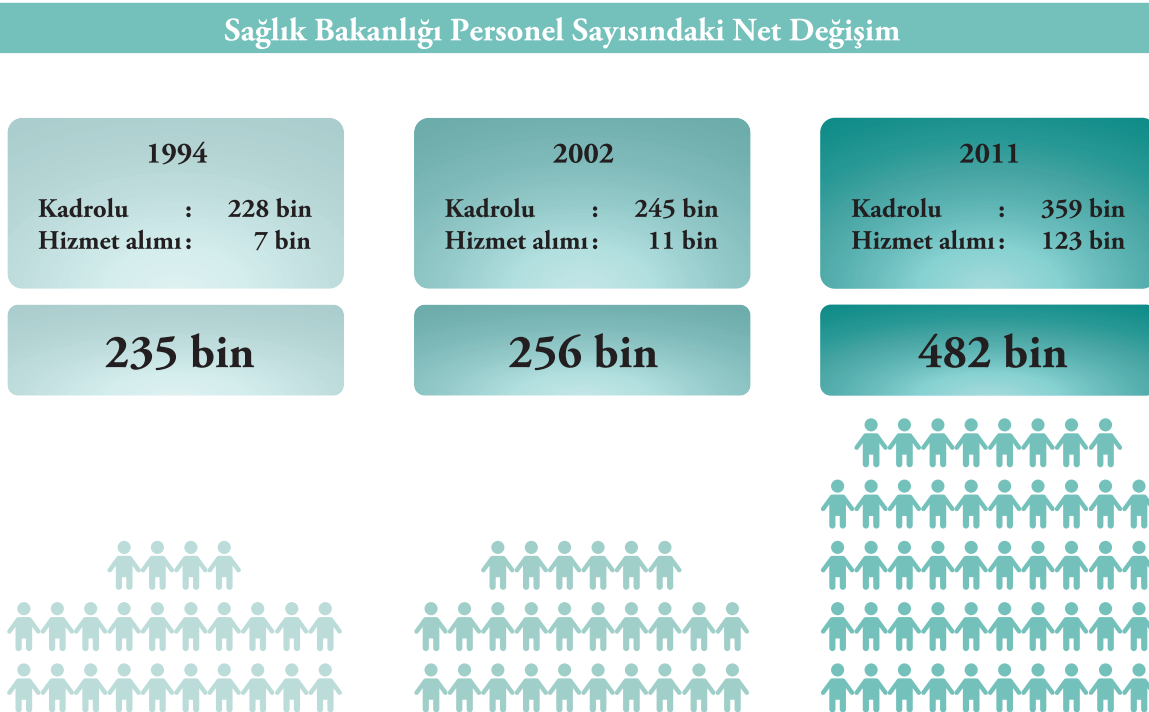
4.2 Kamuda Sağlık İnsan Kaynağı İstihdamında Hamle

Bakanlığımıza bağlı kamu sağlık kuruluşlarında 2002 yılında hizmet alımı dâhil 256 bin olan çalışan sayısını 2011 yılı sonunda 482 bine ulaştırdık. Yani 226 bin kişilik net artış sağladık.

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

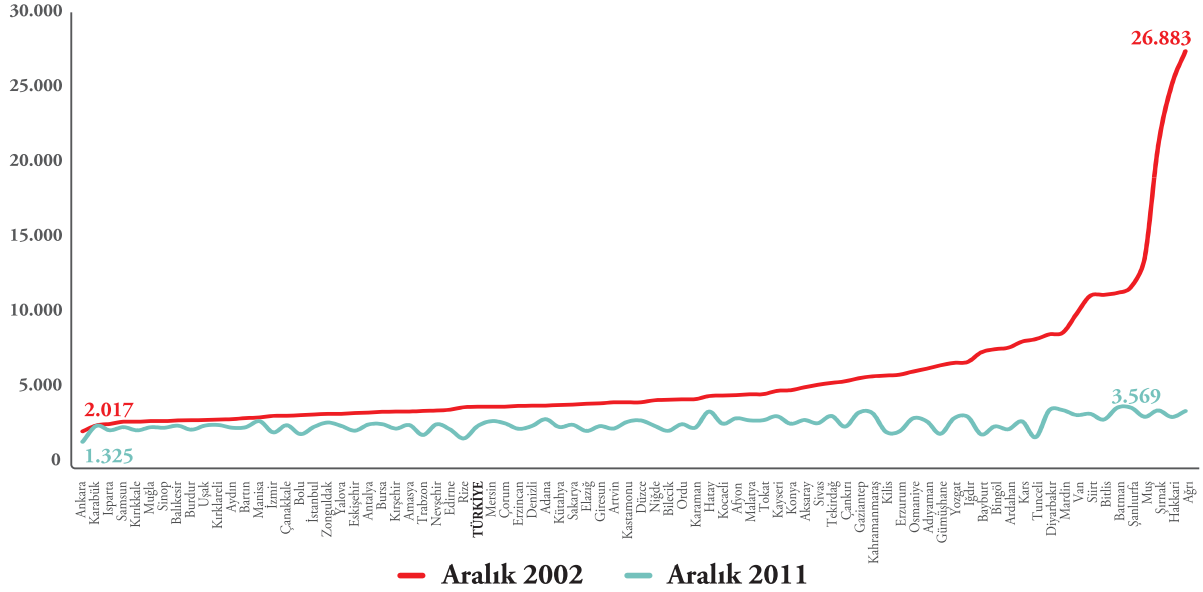
Yıllardır sağlık personelinden mahrum olan sağlık tesislerimiz ve bölgelerimizde yeni istihdam modelleri ile personel istihdam edilmeye başlandı. Bu amaçla 2004 yılında 4924 sayılı Kanunu yürürlüğe koyduk ve sadece Sağlık Bakanlığına özgü yeni bir sözleşmeli istihdam modeli geliştirdik. Bu modelin temeli 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





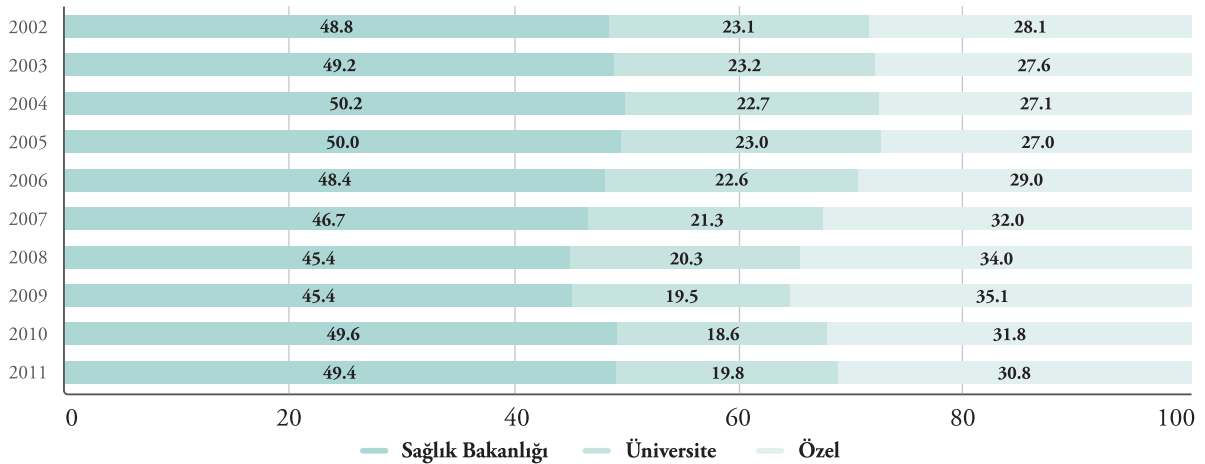
Grafik 8. Uzman Hekim Başına Düşen Nüfus, (2002-2011)



Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

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

Grafik 9. Yıllara Göre Uzman Hekim Oranının Sektörler Arası Dağılımı, Türkiye



Kaynak: Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü



5. SUNULAN HİZMETLER

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.

5.1. Hizmet Birimleri

5.1.1. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 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 denetlemek.

5.1.2. Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 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, yurtiçinde meydana gelen afet ve acil durumlardaki tıbbî kurtarma ve acil sağlık hizmetlerini ilgili tüm taraflarla işbirliği ve koordinasyon içinde sağlamak. Yurtdışında 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. Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü

Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü'nün görevleri şunlardır: Toplumun ve bireyin sağlığı ile ilgili bilgi, farkındalık ve kontrol yeteneklerini artırmak 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, yurtdışında ve yurtdışında 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 Müdürlüğünün 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 yurtdışından 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 Müdürlüğünün 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 yurtdışına 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. 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 artırıcı 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.



5.1.10. 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.

5.1.11. 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.

5.1.12. Özel Kalem Müdürlüğü

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

5.2. 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 işlemleri 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 aldırarak, 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 aldırarak, 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.



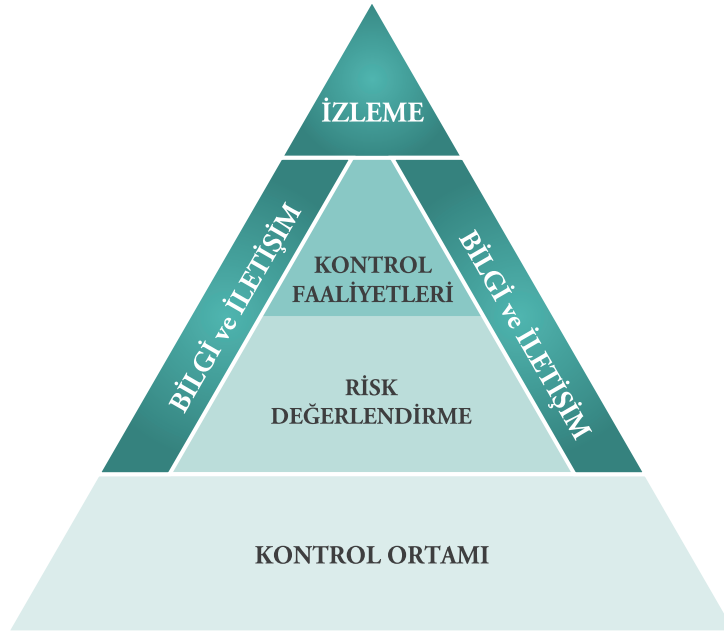
5.2.4. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu

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 sistematığı için her türlü altyapıyı 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. YÖNETİM VE İÇ KONTROL SİSTEMİ



5018 sayılı "Kamu Mali Yönetimi 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 kurulmasını hedefledik.

Hizmetlerin etkinliğini sağlamak, verimliliği artırmak, idari ve mali raporların güvenliği ve yürürlükteki kanun ve düzenlemelere uygunluğunu ortaya koymak amacıyla bu model doğrultusunda ilk adım olarak Strateji Geliştirme Başkanlığımızca pilot iç kontrol sistemi kurulması çalışmalarını yaptık. 2010 yılında iç kontrol standartlarına yönelik Bakanlık merkez harcama birimlerinde iç kontrol sisteminin kurulması çalışmalarını gerçekleştirdik. Bu kapsamda Merkez Harcama Birimlerimizde 1319 iş analizini yaptık. Birimlerimizin performanslarını artırmak için süreç ve risk yönetimi konusunda merkez harcama birimlerimizde sisteme dair 210 temel süreç, 661 süreç tanımladık. İç Kontrol Sistemi ile Bakanlığımız idari, mali tüm işlemlere yönelik yürütülen faaliyetlerin daha etkin bir yapıya kavuşturularak uygulanabilirliğini hedefledik.

Merkez Harcama Birimlerimizde kontrol ortamı, risk değerlendirme, kontrol faaliyetleri, bilgi ve iletişim ve izleme standartlarına yönelik eylem planımızdaki eylemler gerçekleştirilerek elde edilen tüm çıktı ve dokümanları standarda bağladık.

2011 yılında Bakanlığımızca yürütülen mali kontrol projesi çerçevesinde pilot olarak belirlenen Ankara İl Sağlık Müdürlüğü ve Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesinde mali kontrol sistemleri projesi gerçekleştirilerek model mali kontrol sisteminin kurulmasını amaçladık.

Model Mali Kontrol Sistemi Projesi; ilki mevcut durum analizi, ikincisi sistem tasarımı olmak üzere iki aşamalı olarak gerçekleştirdik.



Mali Kontrol Projesinin birinci aşamasında Ankara İl Sağlık Müdürlüğü ve Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesinde mevcut mali kontrol uygulamaları ve durumu tespit etmek amacıyla kurumların yöneticileri ve çalışanlarıyla yüz yüze görüşmeler ve yerinde incelemeler yaptık. Her bir mali süreç için mali süreç analiz tabloları hazırladık. Bu aşamada gerçekleştirilmiş ön çalışmalar çerçevesinde süreç analizi ve modelleme eğitimi ile analiz ve modellemede kullanılacak araç, yöntem ve standartları belirledik.

Analiz Çalışmaları;

- Yerinde analiz çalışmaları ve görüşmeler
- Yasal yükümlülükler ve mevzuat analizi
- Mali kontrol kurumsal kapasite analizi
- Organizasyon yapısı
- Süreç sorumluluklarının birimlere dağılımı
- İnsan kaynakları kapasitesi (sayı, eğitim, deneyim)
- Mali süreçlerin uygulamasında kullanılan bilgi sistemleri analizi
- Mali yönetim ve kontrol eğitim ihtiyacı analizi
- Mali veri ve bilgi envanterinin tespiti
- Modelleme

Süreç Modellerinin Hazırlanması;

- Ortak gözden geçirme ve sunumlar
- İlgili yöneticilerle hazırlanmış olan modeller konusunda bire bir görüşmeler
- Sağlık Müdürlüğü ve hastane yönetimi tarafından belirlenmiş olan personele sunum
- Geribildirimler doğrultusunda düzenlemeler

Dokümantasyon Çalışmaları;

- Analiz Formları
- Süreç Raporu
- Mevcut Durum Analiz Raporu
- Eğitim İhtiyaç Analiz Raporu



Mali kontrol süreçlerinin dokümantasyonunda her bir mali süreç için iş adımları, kullanılan mevzuat, sorumlu birimler, kullanılan bilgi sistemleri, girdi - çıktı listeleri, süreç kontrolleri ile olası riskler ve iyileştirme önerileri ortaya konularak tüm mali süreçlere ilişkin genel değerlendirmeler yaptık.

Mali Kontrol Sistemi Modelleme çalışmasında ise her bir sürece ilişkin iş akışlarını hazırladık. Burada belirtilmiş olan detayları içeren süreç analizi, tablolar ve modeller Sağlık Müdürlüğü ve Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi için ayrı ayrı hazırlayarak raporladık.

İkinci aşama kapsamında ise şu çalışmaları gerçekleştirdik;

Mali Süreç Kontrol Formları (her bir süreç, alt - süreç için)

- Mali kontrol noktaları ve kontrol edilecek hususların tespiti
- Mali kontrollere ilişkin dayanaklar, mevzuat ilişkisinin belirlenmesi

Mali kontrol noktalarının belirlenmesinde; organizasyon yapısı, mali süreç bilgileri, süreç gereksinimleri, uygulamalarda kullanılan bilgi sistemlerinin olanakları ve mevzuat gereksinimlerinin yanı sıra analiz aşamasında tespit ettiğimiz riskleri de dikkate aldık. Tespit edilen kontroller ile varlıkların korunması, doğru raporlamanın yapılması, mevzuata uygun hareket edilmesi, iç düzenlemelere uyularak sistemli ve disiplinli bir kurumsal yapının sürdürülmesi/geliştirilmesini sağladık. Ayrıca yönetici ve çalışanlar için rehber çalışma olarak;

- Harcama Yetkilileri Rehberi,
- Gerçekleştirme Görevlileri Rehberi,
- Eğitim İhtiyaç Raporu oluşturduk.

Her birim için sorumluluk alanındaki süreçler dikkate alınarak mevzuat, bilgi sistemleri eğitimleri ve alınması tavsiye edilen genel eğitimleri belirledik. Raporda ayrıca yönetici personel için tavsiye edilen eğitimler de yer almaktadır. Son aşamada eğitim sürecinin yönetimine ilişkin tavsiyeler ifade ederek, taslak eğitim yönetimi süreç tasarımı ile kullanılabilecek formları oluşturduk.





II. AMAÇ VE HEDEFLER



A. İDARENİN AMAÇ VE HEDEFLERİ

Sağlıkta Dönüşüm Programı ve 5018 sayılı kanun ile getirilen stratejik yönetim anlayışı çerçevesinde, Sağlık Bakanlığı'nın 2010-2014 yıllarını kapsayan ilk stratejik planını hazırladık.

Planda yer alan amaçlar ve onları tamamlayan hedefler, Sağlık Bakanlığının vazifesini (misyonunu) yerine getirmek için 5 yıl boyunca yapacağı yatırımların ve yürüteceği faaliyetlerin odak noktasını teşkil etmektedir.

Planda bir adet nihaî amaç belirledik: **“Halkımızın sağlık düzeyini yükseltmek ve geliştirmek.”**

Bu nihaî amaca ulaşmak için de 3 stratejik amaç tespit ettik.

Planın çalışma metodolojisinde farklı ekollerin önerdiği yöntemleri bir arada ele aldık. Vizyon, misyon, nihaî amaç, stratejik amaç ve hedefler Sayın Bakanın liderliğinde Bakanlığın politika yapımında rol alan Strateji Geliştirme Üst Kurulu tarafından belirlendi. Alt hedefler, hedefe yönelik stratejiler ve performans göstergelerini ilgili birimlerin katılımı ile oluşturduk.

Planın izleme-değerlendirmesi, birimler tarafından önerilen ve yönetimin uygun gördüğü performans göstergelerinin periyodik olarak takibi ile mümkündür.

Belirlediğimiz 1 Nihaî Amaç, 3 Stratejik Amaç ve 21 Stratejik Hedef





Stratejik Amaç 1

Sağlığa Yönelik Risklerden Toplumu Korumak

- SH 1.1. Sağlığın teşviki (geliştirilmesi) ve sağlıklı hayat programlarına tüm halkımızın erişimini sağlamak.
- SH 1.2. Anne, çocuk ve ergen sağlığını geliştirmek, 2012 yılı sonuna kadar anne ölümlerini yüzbinde 10'un, bebek ölümlerini binde 10'un altına indirmek.
- SH 1.3. Acil sağlık hizmetleri ve afetlerde sağlık yönetimini; acil hallere, afetlere ve tehditlere karşı geliştirmeye devam etmek, zamanında, etkili ve verimli şekilde ihtiyaca cevap verecek durumda tutmak.
- SH 1.4. Bulaşıcı hastalıkların görülme sıklığını ve bu hastalıklara bağlı ölümleri azaltmak.
- SH 1.5. Bulaşıcı olmayan hastalıkların görülme sıklığını ve bu hastalıklardan kaynaklanan ölümleri azaltmak.
- SH 1.6. On beş yaş üzerinde sigara içmeyenlerin oranını 2014 yılı sonuna kadar %80'in üzerine çıkarmak, alkol kontrol programını uygulamaya koymak, bağımlılık yapıcı madde kullanımını azaltmak.
- SH 1.7. Sağlıklı ve güvenli fiziki çevrede yaşayanların oranının artırılması için destek sağlamak.
- SH 1.8. Çalışanların iş sağlığı hizmetlerine bütünüyle erişimini sağlamak, meslek hastalıklarından kaynaklanan ölüm ve maluliyet oranlarını azaltmak.



Stratejik Amaç 2

İhtiyaç Duyulan Sağlık Hizmetinin Güvenli ve Kaliteli Olarak Sunulmasını Sağlamak

- SH 2.1. Hastane hizmetlerini idari, yapısal ve fonksiyonel olarak geliştirmeye devam etmek, hizmet standartlarını yükseltmek ve verimliliği artırmak.
- SH 2.2. Teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin kalitesini artırmak, erişilebilirlik, etkililik, verimlilik, ölçülebilirlik ve hakkaniyet ilkeleri çerçevesinde yürütülmesini sağlamak.
- SH 2.3. Sağlık Bakanlığının yeniden yapılandırılması çerçevesinde liderlik etme, düzenleme, planlama ve denetleme rolünü 2011 yılı sonuna kadar belirgin hale getirmek.
- SH 2.4. Toplum ve Bölge Temelli Sağlık Hizmetleri Organizasyonunu (TTSHO) 2014 yılı sonuna kadar tamamlayarak, bölgeleri kendi içerisinde yeterli sağlık alanları haline getirmek.
- SH 2.5. Sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi kapsamında, ARGE çalışmaları ve bilimsel yayınları desteklemek.
- SH 2.6. İlaç ve tıbbî cihaz hizmetlerini geliştirmek ve güvenli, erişilebilir, kaliteli şekilde sunumu sürekli kılmak.
- SH 2.7. Karar ve hizmet sunumu sürecinde etkili bilgiye erişim sağlayacak Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi/ e-Sağlık'ı tamamlamak, işletmek ve geliştirmek.
- SH 2.8. Sektörlerin politika ve eylemlerinin sağlık üzerine etkilerinden sorumlu tutulmalarını sağlamak, çok sektörlü sağlık sorumluluğu politikasını geliştirmek.
- SH 2.9. Sağlık alanında diğer ülkeler ile uluslararası kuruluşlarla işbirliğini sürdürmek, Türkiye'yi bölgesinde cazibe merkezi haline getirmek ve sınır ötesi sağlık hizmetleri sunum kapasitesini artırmaktır.



Stratejik Amaç 3

Sağlık Hizmetlerinde İnsan Odaklı Yaklaşımı Esas Alarak Hakkaniyeti Gözetmek, İhtiyaçlara ve Beklentilere Cevap Verebilirliği Sağlamak

- SH 3.1. Sağlık hizmet sunumunda insan odaklı yaklaşımı temel alarak bedensel, zihinsel, sosyal ya da ekonomik şartları nedeniyle özel ihtiyacı olan kişilere öncelik vermek.
- SH 3.2. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin kalitesi ile hizmet sunan ve hizmet alanların memnuniyetini artırmak ve insan odaklı hizmet üretmek amacıyla Aile Hekimliği Uygulamasını 2010 yılı sonuna kadar tüm yurda yaymak.
- SH 3.3. Sağlık hizmet sunum süreçlerinde tıbbî gerekliliklerle birlikte hasta ve hasta yakınlarının beklentilerine cevap vermek ve memnuniyet düzeyini yükseltmek.
- SH 3.4. Halkımızın sağlık hizmetlerine erişiminde finansal riskten korunmasını sağlamak.



B. TEMEL POLİTİKALAR VE ÖNCELİKLER

Bakanlığımız temel politika ve önceliklerinin yer aldığı resmi politika belgelerinin bazıları aşağıda sunulmuştur.

Bunlardan başlıcaları;

1. Sağlıkta Dönüşüm Programı
2. Orta Vadeli Program (2011-2013)
3. Orta Vadeli Mali Plan (2011-2013)
4. Sağlık Bakanlığı Stratejik Planı (2010-2014)

1. Sağlıkta Dönüşüm Programı

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

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

Bu dönemde vatandaşımızın hayatını kolaylaştıran adımlar cesaretle ve kararlılıkla atıldı. Bu anlayış içinde, başta SSK hastaneleri olmak üzere diğer kamu kurumlarının hastaneleri Bakanlığımıza devredildi.

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

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

Yalnızca şehirlerde değil, köylerde de “112 Acil Sağlık” hizmeti sunulmaya başlandı, istasyon sayısı artırılıp ambulanslarımız en son teknolojilerle donatıldı. Sisteme hava ve deniz taşıma araçları eklendi. Başta koruyucu sağlık ve ana-çocuk sağlığı hizmetleri olmak üzere birinci basamak sağlık hizmetleri güçlendirildi. Çağdaş sağlık anlayışının temel unsurları arasında yer alan aile hekimliği uygulaması başlatıldı ve tüm ülkeye yaygınlaştırıldı.

Bebek ölüm hızında gelişmiş ülkelerin 33 yılda kat ettiği mesafeyi ülkemiz son 9 yıla sığdırmayı başardı. Aynı başarıyı, anne ölüm hızında da gösterdi ve OECD ülkelerinin anne ölümlerinde 25 yılda kat ettiği mesafeyi ülkemiz yine son 9 yıla sığdırdı.



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

Bulaşıcı hastalıklardaki göstergelerimiz ise Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uygulanmaya başlanmasından sonra gelişmiş ülkeler düzeyine ulaştı. Bina, ekipman ve sağlık personelinin eksik olduğu bölgeler öncelikli kabul edilerek, bu konudaki dengesizlikler büyük ölçüde ortadan kaldırıldı. Son dokuz yılda 509'u müstakil hastane ve yeni hastane binası olmak üzere 2.021 yeni sağlık tesisi hizmete sunuldu. Aynı dönemde hizmet alımıyla birlikte kamu sağlık tesislerinde çalışan personel sayısı net olarak 226 bin kişi artarak 482 bin kişiye ulaştı.

Son dokuz yılda dünyanın takdir ettiği geniş kapsamlı bir dönüşüm programı uygulandı. Buna rağmen, 2003-2011 yılları arasında faiz dışı genel kamu harcamalarındaki artış %265 iken kamu sağlık harcamalarındaki artış sadece %225 oldu. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile kamu kaynakları verimli kullanılmaya başlandı.

2. Orta Vadeli Program (2011-2013)

Sağlık Sisteminin Geliştirilmesi

Sağlık politikasının temel amacı, vatandaşların ekonomik ve sosyal hayata sağlıklı bireyler olarak katılımını sağlamak ve yaşam kalitesini yükseltmektir.

Bu çerçevede;

- a) Sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği, kalitesi ve etkinliği artırılacaktır.
- b) Koruyucu sağlık hizmetleri güçlendirilerek yaygınlaştırılacaktır.
- c) Akılcı ilaç kullanımı ve teşhise dayalı fiyatlandırma gibi uygulamalarla başta ilaç olmak üzere, sağlık harcamalarında etkinliğin artırılması sağlanacaktır.
- d) Sağlık Bakanlığı düzenleme, planlama ve denetleme rolü güçlendirilecek şekilde yeniden yapılandırılacaktır.



2011 Yılı Programında Bakanlığımızın sorumlu olduğu öncelik ve tedbirler aşağıda yer almaktadır.

Öncelik 79. Sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği, kalitesi ve etkinliği artırılacaktır.

- Tedbir 185. Sağlık hizmetleri yatırım planı tamamlanacaktır.
- Tedbir 186. Sağlık personeli sayısının artırılması ve yurt genelinde dengeli dağılımına ilişkin çalışmalar yapılacaktır.
- Tedbir 187. Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi güçlendirilecektir.
- Tedbir 188. Evde bakım hizmetleri güçlendirilecektir.
- Tedbir 189. Organ, doku ve hücre nakli hizmetleri güçlendirilecektir.

Öncelik 80. Koruyucu sağlık hizmetleri güçlendirilerek yaygınlaştırılacaktır.

- Tedbir 190. Acil sağlık Hizmetleri güçlendirilecektir.
- Tedbir 191. Bulaşıcı olmayan hastalıklara yönelik koruyucu sağlık programları hazırlanacaktır.
- Tedbir 192. Bağışıklama oranı yükseltilecektir.
- Tedbir 193. Bulaşıcı hastalıkların kontrolünü sağlamak amacıyla, Sağlık Bakanlığının tanı koyma, bildirim ve izleme fonksiyonları güçlendirilecektir.
- Tedbir 194. Sağlığın teşviki ve sağlıklı hayat programlarına erişim artırılacaktır.
- Tedbir 195. Ulusal Zehir Danışma Merkezi (UZEM) personel ve altyapı yönünden geliştirilecektir.

Öncelik 81. Akılcı ilaç kullanımı ve teşhise dayalı fiyatlandırma gibi uygulamalarla başta ilaç olmak üzere, sağlık harcamalarının etkinliği artırılacaktır.

- Tedbir 197. Üniversite ve Sağlık Bakanlığı hastanelerinin ortak kullanımına geçilecektir.
- Tedbir 198. Akılcı ilaç kullanımı geliştirilecektir.
- Tedbir 199. Yeni ilaç geliştirilmesi amacıyla bilimsel çalışmalar desteklenecek ve bu kapsamda ilaç sanayii teşvik edilecektir.

Öncelik 82. Sağlık Bakanlığı düzenleme planlama ve denetleme rolü güçlendirilecek şekilde yeniden yapılandırılacaktır.

- Tedbir 200. Sağlık Bakanlığının yeniden yapılandırılmasına ilişkin mevzuat çalışmaları tamamlanacaktır.
- Tedbir 201. Kamu hastane birliklerinin oluşturulmasına ilişkin pilot uygulama başlatılacaktır.



3. Orta Vadeli Mali Plan (2011-2013)

2011-2013 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 2011-2013 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. 2011-2013 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. Sağlık Bakanlığı Stratejik Planı (2010-2014)

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 bulunmaktadır.

Stratejik yönetim kapsamında ilk olarak üst politika belgeleri ve Bakanlığımız stratejileriyle uyumlu 2010-2014 Stratejik Planını hazırladık. Stratejik Plan doğrultusunda planın uygulamasına yönelik performans hedef, gösterge ve faaliyetleri içeren yıllık performans programları hazırladık.

İlerleyen süreçte Kasım 2011 yılında yayımlan 663 Sayılı K.H.K. ile değişen teşkilat yapısı gereği stratejik planın yenilenmesi zorunluluğu ortaya çıktığından yeni plan hazırlık çalışmalarına başladık.





III. FAALİYETLERE İLİŞKİN BİLGİ VE DEĞERLENDİRMELER



A. MALİ BİLGİLER

1. Bütçe Uygulama Sonuçları

1.1. Genel Bütçe Uygulama Sonuçları

2011 yılında Bakanlığımız bütçesine Yeşil Kart ödeneği hariç 12,5 milyar ₺ ödenek tahsis edildi. Yıl içi işlemlerle bu rakam 12,7 milyar ₺'ye yükselerek yaklaşık 12,1 milyar ₺ harcama gerçekleştirildi.

Tablo 5. Ödenek ve Harcama Gerçekleşmeleri, (2011)

	Kesintili Başlangıç Ödeneği	Harcama	Harcama/KBÖ Oranı (%)
Genel Bütçe (Yeşil Kart Hariç)	12.546.539.200	12.082.149.434	96,3
Yeşil Kart	4.694.724.430	5.149.188.058	109,7
Genel Toplam	17.241.263.630	17.231.337.492	99,9

Kaynak: Strateji Geliştirme Başkanlığı

1.2. Döner Sermaye Bütçe Uygulama Sonuçları

Bakanlığımıza bağlı döner sermayeli kurum ve kuruluşlar için 2011 yılında global bütçe uygulamasına devam edildi. Bakanlığımız 2011 yılı için belirlenen global bütçe rakamı 12 milyar 938 milyon ₺'dir. Bu miktara 2011 yılı global bütçesine ilave olarak verilen 1 milyar 232 milyon ₺ ile birlikte toplam 2011 yılı global bütçesi 14 milyar 170 milyon ₺ olarak gerçekleştirildi.

Tablo 6. Yıllar İtibarıyla Sağlık Bakanlığı Tahakkuk-Tahsilât ve Terkin Rakamları, (milyon ₺), (2004-2011), (2011 Yılı Fiyatlarıyla)

Yıllar	Tahakkuk	Tahsilat	Terkin
2004	10.659	9.306	1.352
2005	10.807	7.940	2.868
2006	13.321	11.491	1.831
2007	13.973	12.524	1.449
2008	15.039	12.495	2.545
2009	15.630	13.700	1.930
2010	15.577	13.544	2.033
2011*	15.811	14.204	1.607
TOPLAM	110.817	95.204	15.615

Kaynak: Strateji Geliştirme Başkanlığı

* Daha önceki yıllara ilişkin tahakkuk ve tahsilât rakamları Sağlık Harcamaları Komisyonunca mutabık kalınan rakamlardır.



2004-2011 yılları arasında Bakanlığımız kurumlarının Sosyal Güvenlik Kurumuna (Yeşil Kart dâhil) verdiği hizmetin bedeli 2011 rakamları ile 111 milyar ₺ civarında iken bu bedelin 95 milyar ₺'si tahsil edildi.

2. Temel Mali Tablolara İlişkin Açıklamalar

Tablo 7. Ödenek ve Harcamaların Ekonomik Sınıflandırmaya Göre Dağılımı, (2011)

Ekonomik Sınıflar	Yıl Sonu Ödeneği (YSÖ)	Harcama	Harcama/YSÖ Oranı (%)
Personel Giderleri	5.278.582.000	5.952.357.112	112,8
Sos. Güv. Kur. Devlet Primi Gid.	1.228.720.000	1.405.284.165	114,4
Mal ve Hizmet Alım Giderleri	4.203.150.209	3.790.915.827	90,2
Cari Transferler	11.826.067	11.771.638	99,5
Sermaye Giderleri	922.156.195	920.688.336	99,8
Sermaye Transferleri	1.220.000	1.132.357	92,8
Toplam	11.645.654.471	12.082.149.434	94,9
Yeşil Kart Toplamı	5.176.056.430	5.149.188.058	99,5
Genel Toplam	16.821.710.901	17.231.337.492	102,4

Kaynak: Strateji Geliştirme Başkanlığı

Not: TOKİ'ye yaptırılan işlerin karşılığı olan avans ödemesine ilişkin ödenek dâhil edilmedi.

Tablo'da görüldüğü üzere Bakanlığımızın 2011 yılı ödenek ve harcamalarının ekonomik sınıflamaya göre dağılımı incelendiğinde Yeşil Kart ödenek hariç toplam 12.730.975.209 ₺ ödenek tahsis edilerek 12.082.149.434 ₺ toplam harcama gerçekleştirildi.

Tablo 8. Yeşil Kart Ödenek ve Harcamaları, (2011)

Giderin Türü	Kesintili Başlangıç Ödeneği	Yıl Sonu Ödeneği (YSÖ)	Harcama	Harcama/YSÖ Oranı (%)
İlaç	1.342.717.972	1.632.999.972	1.622.201.661	99,3
Devlet Hastaneleri	2.901.000.000	2.877.405.500	2.877.054.139	99,9
Üniversite Hastaneleri	427.964.208	601.374.208	598.028.472	99,4
Ayakta Tedavi Sağlık Malzeme Gideri	0	7.150.500	6.161.051	86,2
Özel Hastaneler	0	35.394.000	24.272.402	68,6
Optik Giderleri	23.042.250	21.732.250	430.333	98,8
Genel Toplam	4.694.724.430	5.176.056.430	5.149.188.058	99,5

Kaynak: Strateji Geliştirme Başkanlığı



Yeşil Kart ödenek ve harcamalarına bakıldığında, 2011 yılında Bakanlığımız bütçesine Yeşil Kart ödeneği olarak 4.694.724.430 ₺ tahsis edildi. Yıl içi işlemlerle bu rakam 5.176.056.430 ₺'ye ulaştı. Yeşil Kartlı vatandaşlarımızın tedavi giderleri için 5.149.188.058 ₺ harcama gerçekleştirildi.

2.1. Yeşil Kart Ödenek Yönetimi

Yeşil kartlı vatandaşlarımızın tedavi, ilaç ve optik ödenekleri zamanında planlanarak vatandaşlarımızın hizmete kesintisiz ulaşması sağlandı.

Tablo 9. Yıllar İtibariyle Yeşil Kart Harcamaları

	2008	2009	2010	2011
1.Basamak	206.000.000	204.000.000	204.000.000	—
İlaç	1.298.848.558	1.759.788.274	1.541.055.893	1.622.201.661
Devlet Hastanesi	2.042.738.505	2.993.854.828	2.741.262.810	2.877.054.139
Üniversite	386.031.173	528.475.741	444.373.563	598.028.472
Özel Hastaneler	—	—	538.812	24.272.402
Ayakta Tedavi Sağlık Malzeme Gideri	—	—	—	6.161.051
Optik	22.691.856	24.421.638	19.984.289	21.470.333
Genel Toplam	3.956.310.092	5.510.540.481	4.951.215.367	5.149.188.058

Kaynak: Strateji Geliştirme Başkanlığı

Tablo'da görüldüğü üzere 2011 yılında Devlet Hastanelerimizde Yeşil Kart harcamaları 2.877.054.139 ₺ olarak gerçekleştirildi.

2.2. Aile Hekimliği Harcamaları

Tablo 10. Aile Hekimliği Harcama Miktarları, (2011)

	Kesintili Başlangıç Ödeneği	Yıl Sonu Ödeneği (YSÖ)	Harcama	Harcama/YSÖ Oranı (%)
Aile Hekimliği	3.287.000.000	3.139.656.760	3.137.992.948	99,95

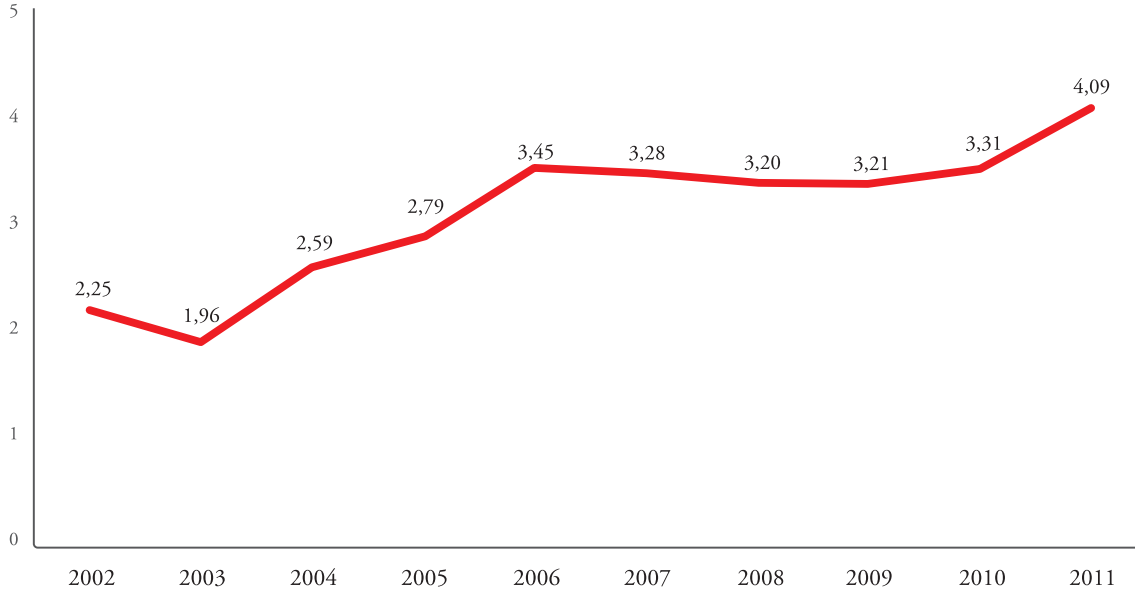
Kaynak: Strateji Geliştirme Başkanlığı

Tablo'da görüldüğü üzere 2011 yılında Bakanlığımız bütçesine aile hekimliği harcamaları için 3.139.656.760 ₺ ödenek tahsis edilerek 3.137.992.948 ₺ harcama gerçekleştirildi.



2.3 Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Genel Bütçe İçindeki Payı

Grafik 10. Yıllar İtibariyle Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Genel Bütçe İçindeki Payı, (2002-2011)



Kaynak: Strateji Geliştirme Başkanlığı

*Rakamlara devralınan SSK kuruluşlarının bütçesi dâhil, Yeşil Kart bütçesi hariştir.

Grafikte görüldüğü üzere 2011 yılında sağlık hizmetleri için Genel Bütçeden ayrılan pay % 4,09'a yükseltildi.

2.4. Sağlık Bakanlığı Hizmet Sunumu İçin Ayrılan Finansman

Tablo 11. Yıllar İtibariyle Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Genel Bütçe İçindeki Payı, (2002-2011)

Açıklama	2011	2012 (tahmini)	Değişim Oranı (%)
Genel Bütçe Toplamı (Yeşil Kart Hariç)	12.546.539.200	13.813.938.000	10
Döner Sermaye Bütçesi (Global Bütçe)	14.170.000.000	16.890.000.000	20
Genel Toplam	26.716.539.200	30.703.938.000	15

Kaynak: Strateji Geliştirme Başkanlığı

2.5. Sağlık Harcamalarının Takibi

Sağlık Harcamaları sadece mevcut durumu tanımlamakla kalmayıp, sağlık sektörünün yönetim kapasitesini geliştirmede kullanılan çok önemli bir araçtır. Bu hesaplar aracılığıyla, yeni stratejilerin belirlenmesi, izlenmesi ve yapılan müdahalelerin etkisinin değerlendirilmesi mümkün olmaktadır. Ayrıca sektör içindeki kaynakların dağılımı incelenebilmekte ve öncelik belirleme yöntemlerinin planlanması ve uygulanmasında da rehberlik edebilmektedir. Mevcut kısıtlı kaynakların sektör içindeki miktarı ve dağılımı, bu kaynakların akış yönü, şekli ve geçmişte gözlenen hareketleri ile gelecekte beklenen hareketleri konusunda doğru bilgiye ihtiyaç duyulmaktadır.

Ülke genelinde sağlığa yapılan harcamanın bilinmesi, kaynak planlama ve hizmet sunumunda yapılacak düzenlemeler için önemli bilgiler sağlamaktadır. Bu amaçla sağlık harcamalarının sistematik olarak izlenmesi, değerlendirilmesi ve gerekli stratejilerin geliştirilmesi Strateji Geliştirme Başkanlığınca gerçekleştirilmekte olup yapılan analizler neticesinde yeni politikalar belirlemektediriz.





B. PERFORMANS BİLGİLERİ

Sağlık Bakanlığının Faaliyetleri ve Proje Bilgilerini aşağıda yer alan yedi ana başlık altında topladık.

Bu başlıklar altında Bakanlığımız tarafından 2011 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, Performans ve Kalite
- G. Sağlıkta Finansal Yönetim

A. Koruyucu ve Temel Sağlık Hizmetleri

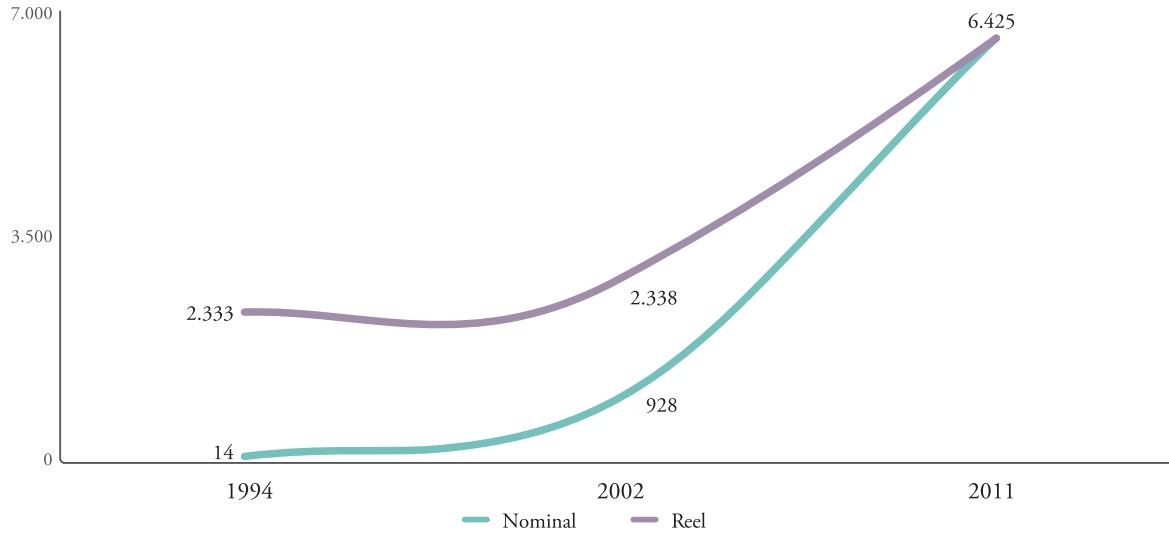
Sağlıkta Dönüşüm Programı, temel sağlık hizmetlerinin kurumsal konumunu diğer hizmet düzeyleri üzerinde yetki ve kontrol sahibi olacak bir yapıya kavuşturmayı hedeflemektedir. Toplumu oluşturan bireylerin sağlığını ve sağlık çalışanlarının durumlarını iyileştirmek bu konudaki yeniliklerin hareket noktasını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

Bu dönemde koruyucu ve temel sağlık hizmetlerinde seferberlik yaptık ve 2002 yılında 928 milyon ₺ olan koruyucu ve temel sağlık hizmetleri bütçesi, 2011 yılında 6 milyar 425 milyon ₺'ye ulaştı.

Böylece 2011 yılı fiyatlarıyla (reel olarak kıyasladığımızda) koruyucu ve temel sağlık hizmetlerine ayrılan kaynak 2002 yılının yaklaşık 2,7 katına çıktı.



Grafik 11. Temel Sağlık Hizmetlerine Ayrılan Kaynak, (milyon ₺)



Kaynak: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

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.

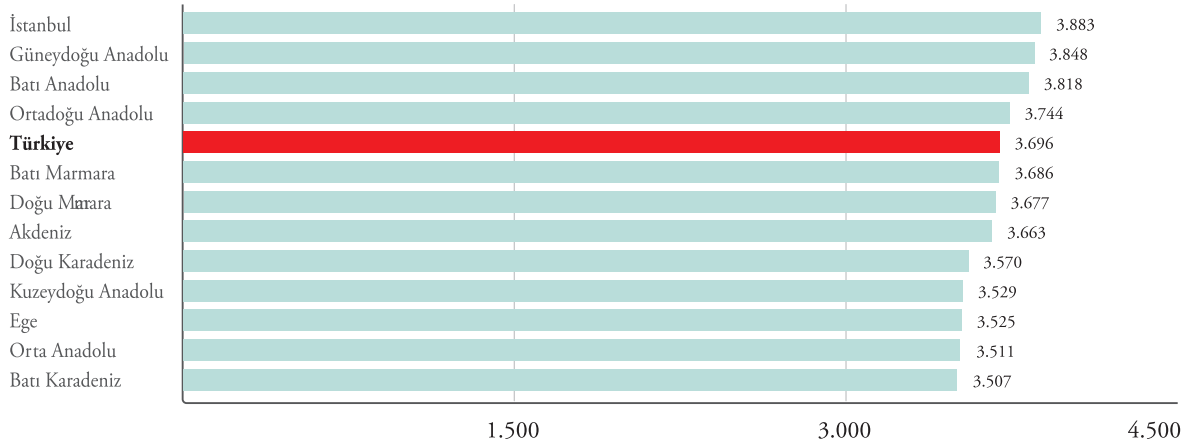
Aile hekimi, anne karnındaki bebekten ailenin en yaşlı bireyine kadar ailenin bütün fertlerinin sağlığından ve her türlü sağlık sorunlarından sorumludur. Sorumluluğunu üstlendiği kişinin hastalıklardan korunması için gerekli tedbirleri alır. Hastalık halinde tedavisini gerçekleştirir.

Aile hekimliği öncesinde birinci basamak sağlık tesislerinde 17.800 hekim görev yaparken 31 Aralık 2011 tarihi itibarıyla 6.520 aile sağlığı merkezinde 20.216, 957 toplum sağlığı merkezinde 2.537 hekim olmak üzere toplam 22.753 hekim görev yapmaktadır. Böylece vatandaşlarımızın hekime daha kolay ulaşabilmesini sağladık.

2011 sonu itibarıyla 3.696 kişiye bir aile hekimi hizmet vermektedir. Yıllar itibarıyla aile hekimine kayıtlı kişi sayısını kademeli olarak azaltmayı planladık. 2023 yılı hedefimiz 2.000 kişiye bir aile hekiminin hizmet vermesidir.



Grafik 12. Türkiye’de Aile Hekimi Başına Düşen Nüfus, (2011)



Kaynak: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

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

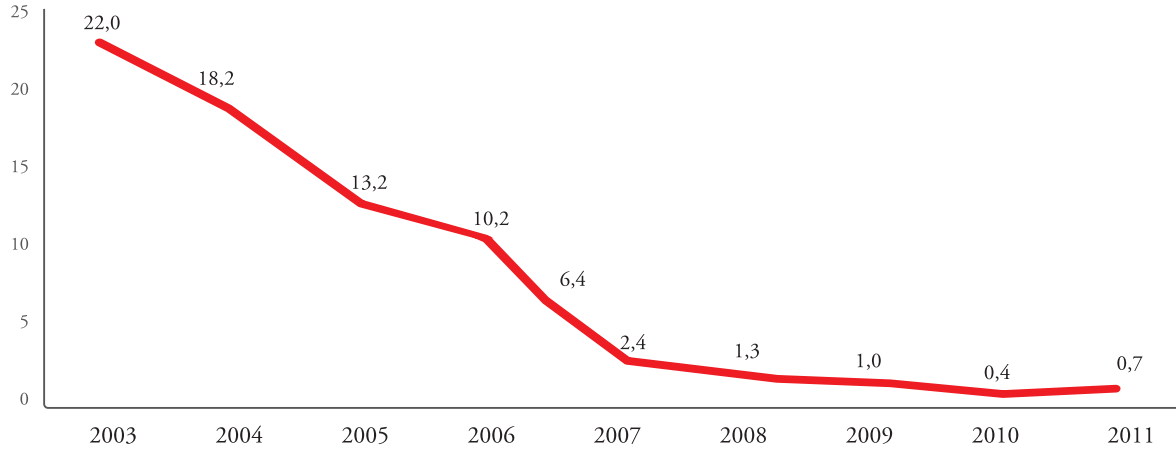
A.2. Toplum Sağlığı Merkezleri

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.



Grafik 13. Türkiye’de Yıllara Göre Sağlık Bakanlığı Birinci Basamak Kuruluşları Sevk Oranı, (%)



Kaynak: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

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 amacıyla Bakanlığımızın yürütmekte olduğu çalışmalara doğrudan destek ve sivil toplum kuruluşlarıyla olan işbirliğinin güçlendirilmesini sağlamak amacıyla, Avrupa Birliği işbirliğinde Türkiye Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Programını yürütmekteyiz. 2002 yılında Bakanlığımıza bağlı sağlık kuruluşlarından üreme sağlığı hizmeti alan çift sayısı 3.260.000 iken 2011 yılında 8.165.000’e ulaştı.

Anne ölümlerini önlemede, istenmeyen gebeliklerin önlenmesi, annelerin iki yıldan kısa aralıklarla gebe kalmalarının önlenmesi önemlidir. Üreme sağlığı kapsamında yöntem uygulayan kişilere ait ziyaret sayısı 2002 yılı için 4 milyona yakın iken 2011 yılı sonunda 8 milyonu geçti. Doğurgan çağındaki kadınlarımızın %73’ü doğum kontrol yöntemi kullanmaktadır. Bu oran, DSÖ Avrupa Bölgesi ve Üst Gelir Grubu ülkelerin oranlarının üzerindedir.



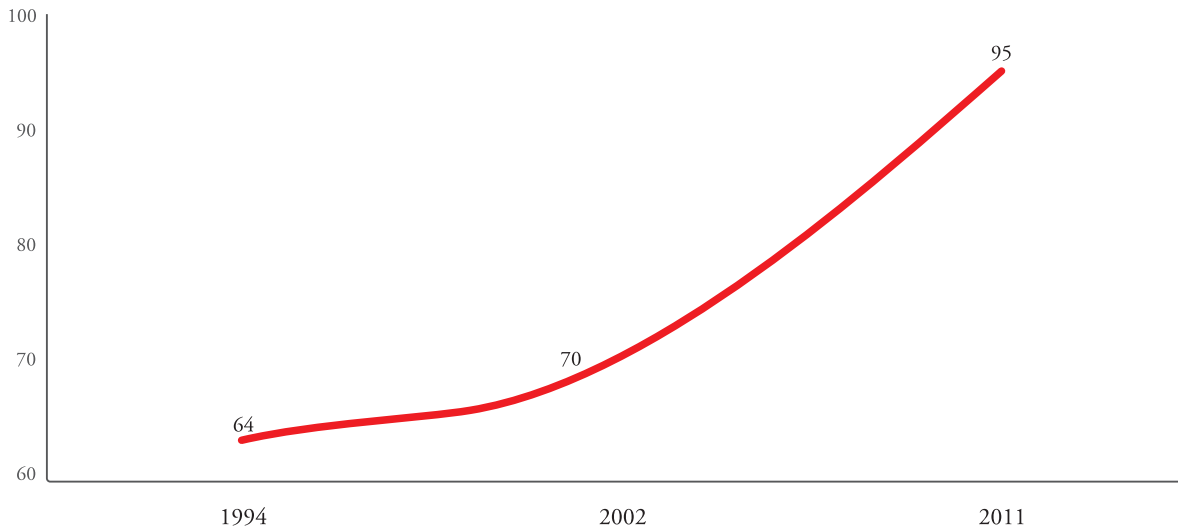
A.3.2. Doğum Öncesi Bakım

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.

2003 TNSA’da doğum öncesi bakım oranı %81, 2008 TNSA’ya göre %92’dir. 2011 yılı ulusal veri sistemimize göre bu oran %95’tir.

Grafik 14. Türkiye’de Gebelerin Doğum Öncesi Bakım Hizmeti Alma Oranı, (%)



Kaynak: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu



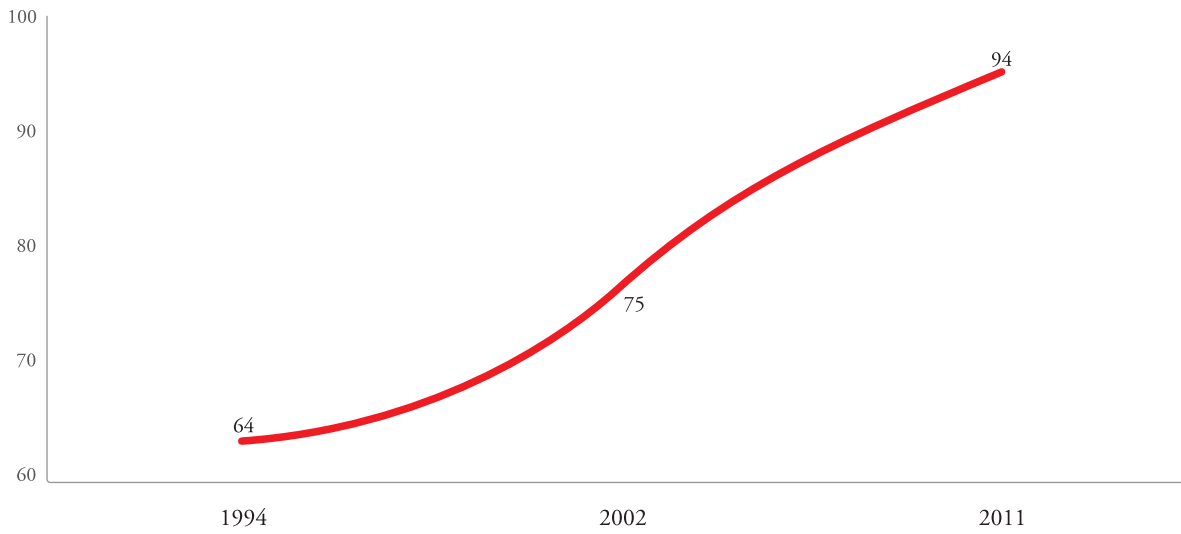
A.3.3. Anne Dostu Hastane Programı

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

Belirlenen 10 kriteri yerine getiren hastane 'Anne Dostu Hastane' unvanı alacaktır.

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

Grafik 15. Türkiye'de Hastanede Yapılan Doğum Oranı, (%)



Kaynak: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

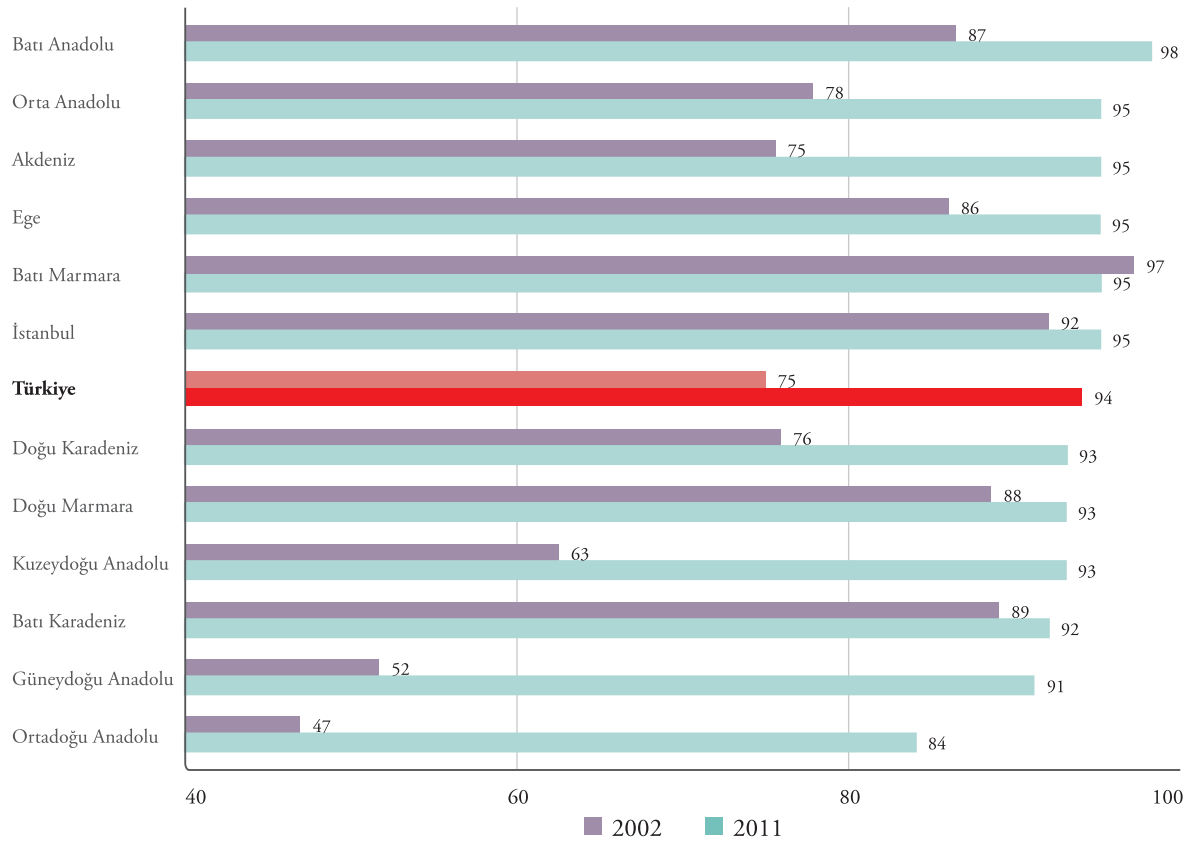
Ayrıca doğum salonlarını ve travay odalarını hasta mahremiyetine saygılı, tek kişilik birimler haline dönüştürüyoruz. 2003 yılında doğumların yaklaşık dörtte biri evlerde, sağlıksız şartlarda yapılıyordu.

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

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



Grafik 16. Türkiye’de Sağlık Kuruluşlarında Gerçekleşen Doğumların Tüm Doğumlar İçindeki Oranı, (%), (2002, 2011)



Kaynak: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

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

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile başlatılan uygulamalardan biri de “Misafir Anne Projesi”dir.

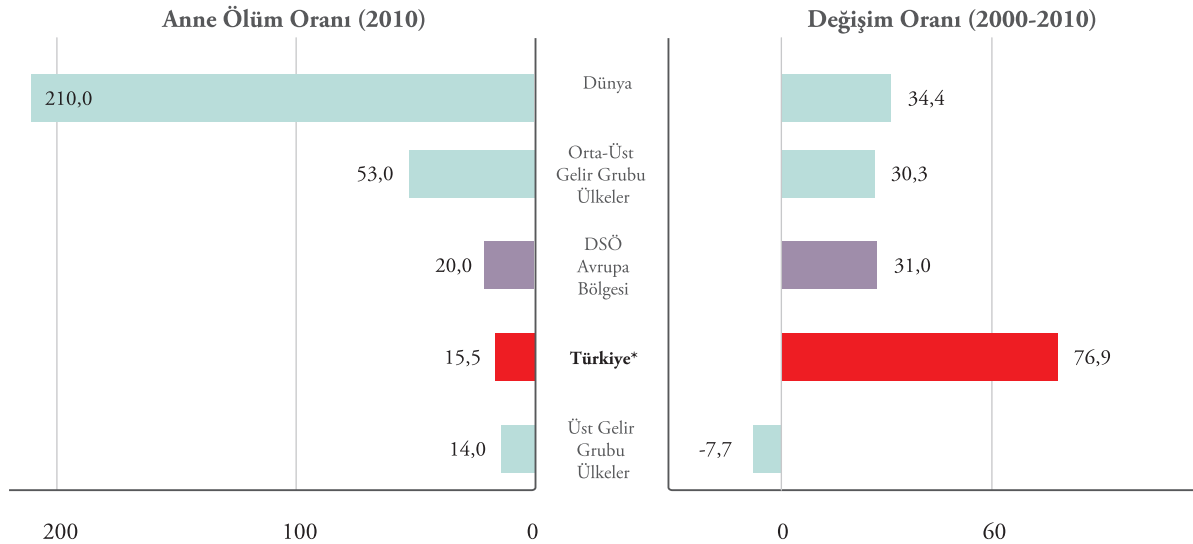
Bu uygulama kapsamında riskli gebelerin güvenli ortamlarda misafir edilmesine başladık. Uygulama ile mevsim şartları itibarıyla riskli bölgelerde ikamet eden gebeler doğum yapmalarına dört hafta kala tıbbî bakım ve barınma imkânı sağlanmak üzere “Anne Otelleri / Misafirhaneleri”ne davet edilmekte ve daveti kabul edenler doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakımları yapılarak ulaşım şartlarının uygun olduğu zamanlarda evlerine götürülmektedir. 2011 yılı döneminde 4.795 adayımıza bu hizmeti verdik.



Anne Ölümelerini İzleme

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

Grafik 17. Anne Ölüm Oranlarının Uluslararası Karşılaştırması, (Yüz Bin Canlı Doğumda)



Kaynak: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, World Health Statistics 2012

Not: Türkiye verisi 2011 yılına aittir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile anne ölüm hızını aynı gelir grubu ülkelerle karşılaştırılamayacak kadar iyileştirdik.

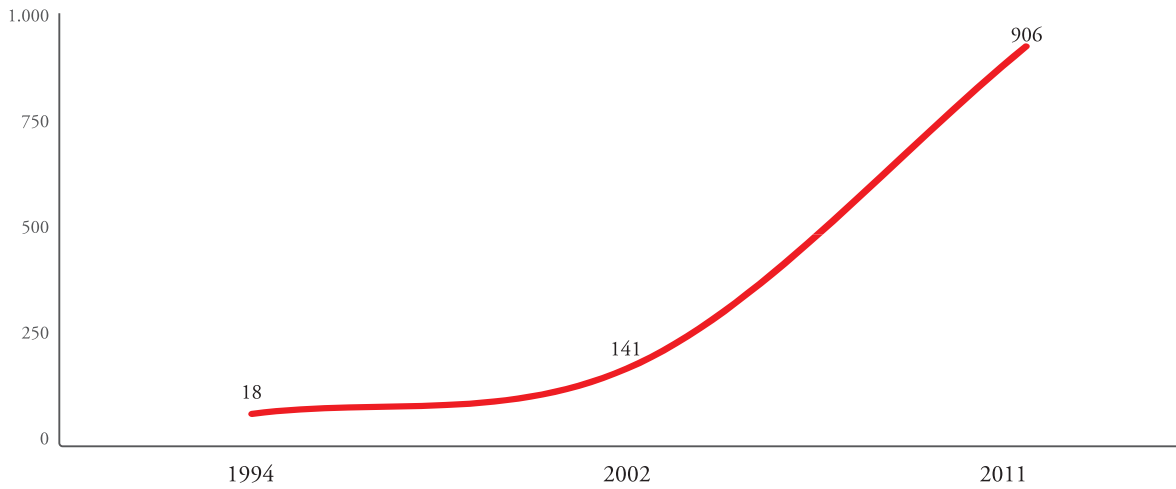


A.3.4. Bebek Dostu Hastaneler

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 2011 yılı sonunda 906 oldu. Bu şekilde doğum yapılan tüm hastanelerimiz “Bebek Dostu Hastanesi” oldu. Bebek dostu hastanelerimizde doğan her bebek anne sütü ile beslenerek hayata sağlıklı bir başlangıç yapmaktadır.

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

Grafik 18. 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. Sağlıkta Dönüşüm Programı başlatılmadan önce, ülkemizde de çok yaygın görülen demir eksikliği anemisi, yapılan çeşitli araştırmalarda elde edilen sonuçlara göre genel olarak 0-5 yaş grubu çocukların ortalama %50'sinde, okul çağı çocuklarının %30'unda, emzikli kadınların %50'sinde görülmekteydi.

Çocuklarda demir eksikliği anemisi en sık 6-24 ay arasında görülmektedir. Bu yaşlar çocukların büyüme ve gelişmesinin en hızlı olduğu dönemdir. Bu dönemde ortaya çıkan beslenme bozuklukları ve demir eksikliği çocukların ileri dönemdeki zihinsel, fiziksel ve sosyal gelişmeleri üzerine olumsuz etkiler yapmaktadır. Bu olumsuz etkilerin ortaya çıkmasını önlemenin en kolay yolu çocukları demir eksikliği anemisinden korumaktır.

Bu önemli halk sağlığı sorununun çözümü için ülke düzeyinde toplumun demir yetersizliği konusunda bilinçlendirilmesi, bebeklerin ilk altı ay anne sütü alması ve altıncı ayın sonunda uygun ve yeterli miktarda ek besine geçilerek emzirmenin 2 yaşına kadar sürdürülmesi, 4-12 ay arası her bebeğe koruyucu amaçlı ücretsiz demir desteği sağlanması ve 13-24 ay arası anemisi olan bebeklere demir tedavisi önerilmesi amacıyla "Demir Gibi Türkiye Programı"nı başlattık. Program başlangıcından bugüne kadar 8,5 milyonu aşkın bebeğe demir desteği sağladık.

Demir Gibi Türkiye Programı'nın ardından Gebelerde Demir Destek Programı'nı da başlatarak, kapsamı genişlettik. 2010 yılında gebelere 3,2 milyon kutu demir preparatı dağıttık. Demir Gibi Türkiye Programı'nın etkilerini incelemek amacıyla Bakanlığımız ve Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Sosyal Pediatri Ana Bilim Dalı işbirliğinde Mart-Nisan 2007'de "Demir Eksikliği Araştırması" yapıldı. Bu araştırmanın sonuçlarına göre 12-23 aylık çocuklarda anemi sıklığı %30'lardan %7,8'e indi.

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin Mart 2011'de yaptığı araştırmada bu oran %6,4 oldu. Bebeklerimizin daha sağlıklı olmaları ve bilişsel açıdan potansiyellerine erişme yolunda katettiğimiz mesafe bu sonuçlarda açıkça görülmektedir.

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 önlenebilen, ancak gözden kaçırıldığında telafisi imkansız sonuçlar doğurarak zihinsel ve bedensel gelişme geriliğine yol açan fenilketonüri ve konjenital hipotiroididen bebeklerimizi büyük ölçüde korumuş olduk. Fenilketonüri ve hipotiroidi taramalarında hedef nüfusun %96,5'ine ulaştık. Yenidoğan Tarama Programı kapsamında 2011 yılında, yıl içinde doğan 1.266.785 bebeğin taramasını yaptık. Taramalar sonucunda 154 bebeğe fenilketonüri, 2.201 bebeğe konjenital hipotiroidi (geçici vakalar da dâhildir) ve 204 bebeğe biyotinidaz eksikliği tanıları koyarak tedavilerine başladık.

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

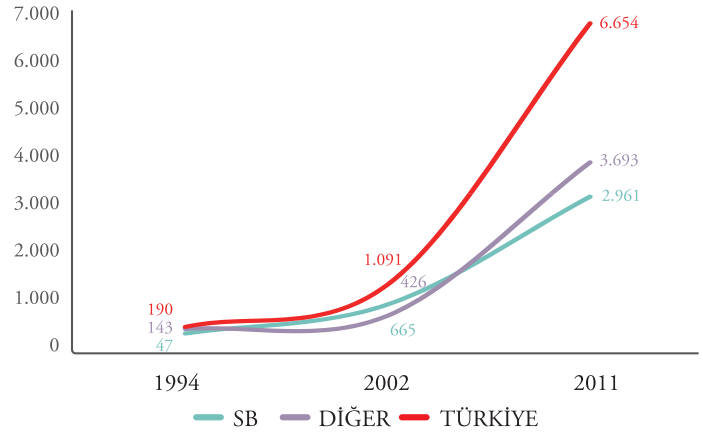




A.3.7. Yenidoğan Yoğun Bakımı

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

Grafik 19. Yenidoğan Yoğun Bakım Yatak Sayıları

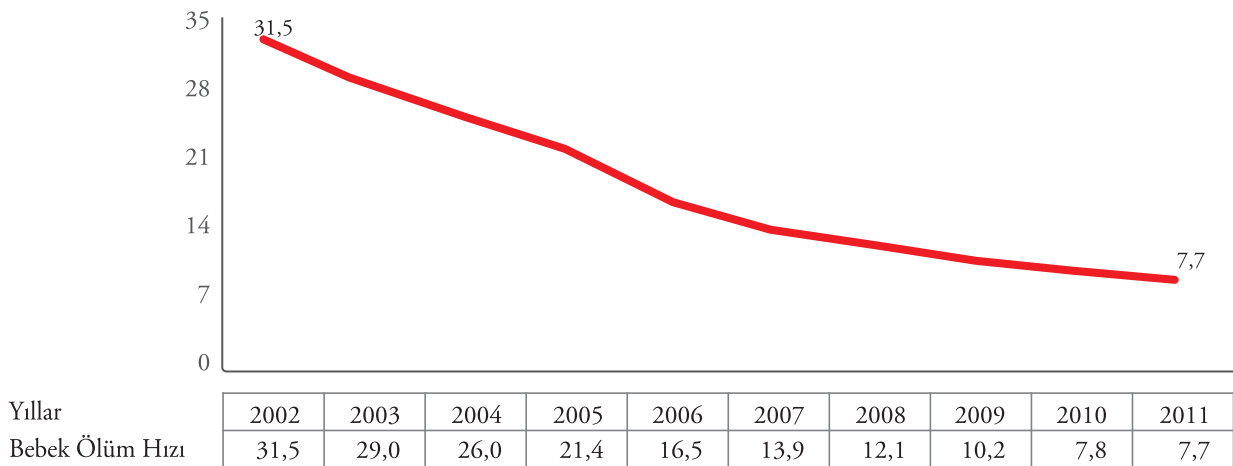


Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Bebek Ölümlerini 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 20. Türkiye'de Yıllara Göre Bebek Ölüm Hızı (binde)



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"



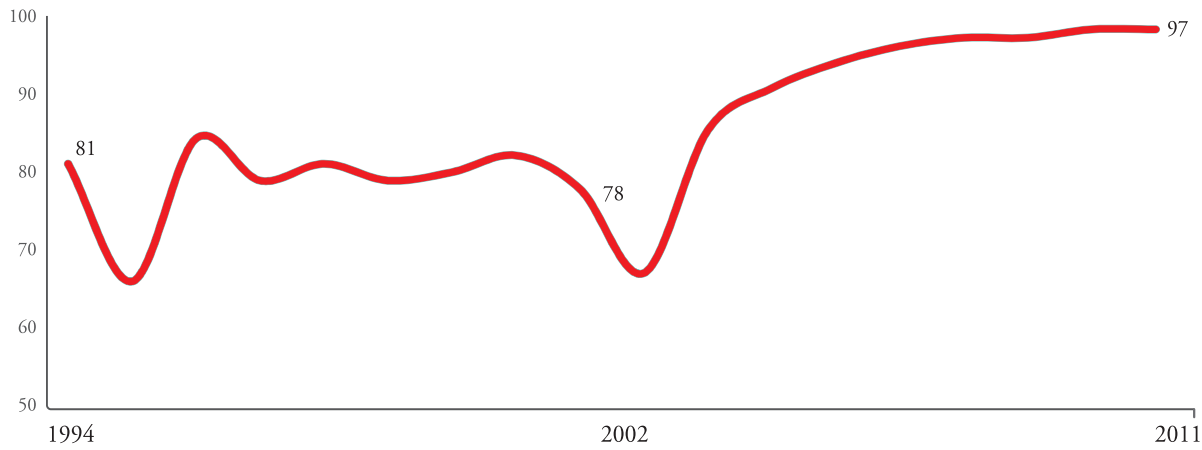
A.4.Bağışıklama Programları

A.4.1. Aşılar

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

Bağışıklama 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.

Grafik 21. Yıllar İtibariyle Aşılama Oranları, (%)



Kaynak: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

A.4.2. Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP)

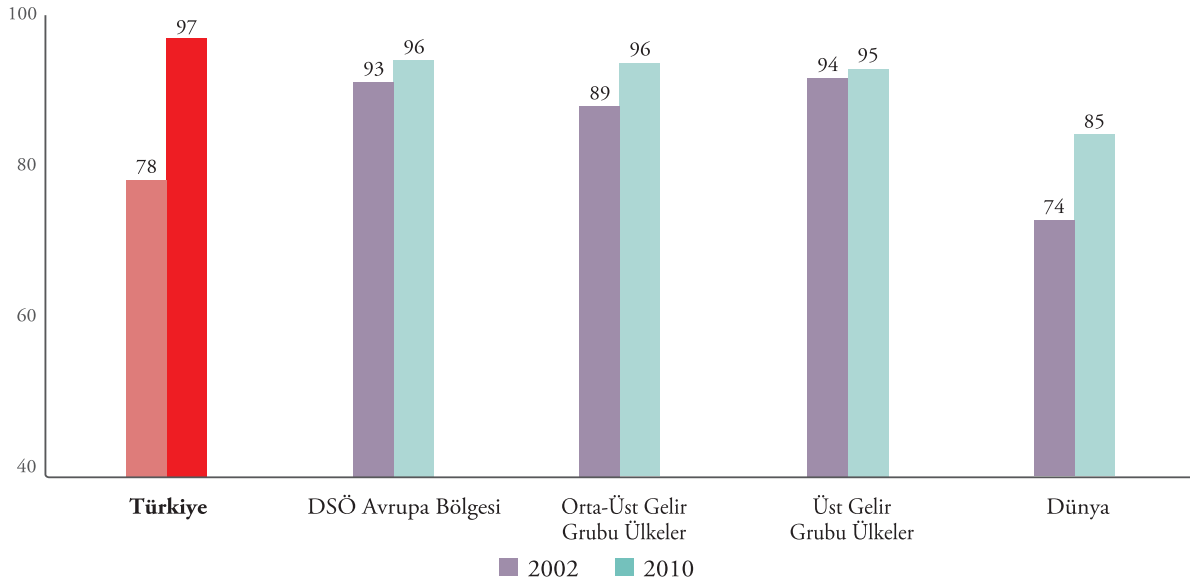
GBP'nin temel amacı; doğan her bebeğin aşı takvimine uygun olarak boğmaca, difteri, tetanoz, kızamık, kızamıkçık, kabakulak, tüberküloz, poliomyelit, hepatit B, hemofilus influenza tip b'ye bağlı hastalıklar ve streptococcus pneumoniae'ya invaziv pnömokokal hastalıklara karşı bağışık hale getirilmesidir. "Genişletilmiş" deyimi ise aşısız veya eksik aşıli bebek ve çocukların tespit edildiği anda aşılanmasının sağlanması ve bu uygulamanın ülke genelinde her yerde eşit olarak yapılması anlamındadır.

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

Son dokuz yılda kat ettiğimiz bu büyük mesafe ile aşılamada dünya çapında örnek olduk.



Grafik 22. (DaBT+İPA+Hib) Aşılamaya Oranlarının Uluslararası Karşılaştırması, (%), (2002, 2010)



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

Türkiye’de yürütülmekte olan Ulusal Bağışıklama Programına ilişkin aşı takvimi aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

Tablo 12. Çocukluk Dönemi Aşı Takvimi, (2011)

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

Kaynak: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

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



A.4.3. Bulaşıcı Hastalıklarla Mücadele

Tüberküloz (TB)

Bin Yıl Kalkınma Hedeflerini, 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 belirledik.

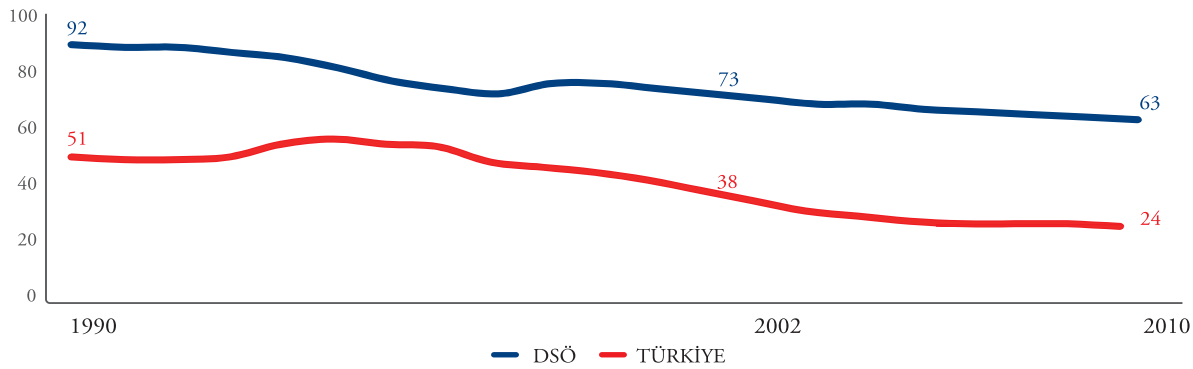
“Dünya Sağlık Örgütü Küresel Tüberküloz Kontrolü 2011 Raporu” verilerine göre ülkemizin de içinde yer aldığı DSÖ Avrupa Bölgesi’nde 2010 yılı tüberküloz insidansı yüz binde 47 iken Türkiye’nin tüberküloz insidansı yüz binde 28’dir.

Ülkemizde tüberküloz kontrolünde DSÖ tarafından uygulanan küresel kontrol programı paralelinde Ulusal Tüberküloz Kontrol Programı uygulanmaktadır.

Bu programın temel noktaları şunlardır:

- Kalite kontrollü bakteriyoloji ile vaka bulunması,
- Standart, kısa süreli tedavi,
- Kesintisiz ilaç ikmal ve Doğrudan Gözetimli Tedavi (DGT),
- İzleme, değerlendirme ve raporlama (sürveyans) sistemi,
- Çok ilaca dirençli tüberküloz (ÇİD-TB), TB/HIV birlikteliği ve diğer risk gruplarının sorunlarının öne çıkartılmasıdır.

Grafik 23. DSÖ Avrupa Bölgesi ve Türkiye TB Prevalansları, (yüzbinde)



Kaynak: DSÖ Global HFA Veri Tabanı



Kızamık

Türkiye, Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesinin ‘Kızamık Eliminasyon Hedefi’ne paralel olarak 2010 yılı sonuna kadar kızamık ve kızamıkçığı elimine etmeyi ve konjenital kızamıkçık sendromunu kontrol altına almayı hedef olarak benimsedi ve çalışma programına aldı.

Türkiye’de kızamığa bağlı morbidite ve mortalitenin yüksekliğini ve Dünyada ve Avrupa bölgesinde 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.

Kızamık vaka sayısı 2001 yılında 30.509 iken uyguladığımız aşılama çalışmaları ile azaldı. 2006 ve 2007 yıllarında sırasıyla 34 ve 3 kızamık vakası görüldü. 2008, 2009, 2010, 2011 yıllarında ise ülkemizde yerli vaka sayısı sıfırdır. Son 4,5 yılda tespit edilen toplam 126 vakanın tamamı importe (ülkemiz dışından gelmiş) ya da importe vakayla ilişkili vakalardır. Böylece eliminasyon dönemine geçtik. Şu andaki hedefimiz Türkiye dışından gelecek yeni kızamık virüslerinin Türkiye’de yerleşmesini önlemektir.

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 yılında 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 13. Yıllara Göre Sıtma İnsidansının Uluslararası Karşılaştırılması, (yüzbinde)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Avrupa Birliği	2,5	2,3	2,2	2,0	2,0	1,7	1,2	1,2	1,3
DSÖ Avrupa Bölgesi	3,9	3,3	2,5	1,8	1,5	1,2	0,8	0,8	0,8
Türkiye	14,7	13,1	7,5	2,8	1,2	0,5	0,3	0,1	0,1

Kaynak: DSÖ HFA Veri Tabanı

Sıtma Eliminasyon Programı ile 2008 - 2010 yılları arasında pre-eliminasyon aşamasında sıtma bulaşının görüldüğü bölgelerdeki aktif sıtma odakları kontrol altına alındı. Bunun sonucunda 2010 ve 2011 yıllarında yerli bulaşa bağlı yeni sıtma vakası görülmemiştir. Ancak 2011 yılında 3 nüks, 1 kriptik ve 128 yurtdışı kaynaklı olmak üzere toplam 132 sıtma vakası görüldü.



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 (HÖDP) adında 2,5 yıllık bir proje gerçekleştirdik. Proje kapsamında özellikle HIV/AIDS hastalarının ağırlıklı olarak bulunduğu illerde çeşitli çalışmalar yürüttük. Gönüllü danışmanlık ve test merkezleri kurduk. 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. Bilim Kurulu’nun amacı; CYBE ile mücadelede güncel gelişmelerin ulusal politikalarımıza yansıtılmasını sağlamak, tanı, tedavi ve izlem protokolleri konularında teknik ve bilimsel destek sağlamak, toplumsal farkındalığı artırıcı çalışmalar önermek ve ayrıca HIV/AIDS alanında Ulusal AIDS Komisyonuna tavsiyede bulunmaktır. Bilim Kurulu içerisinde “HIV/AIDS ve diğer "CYBE Standart Tanı ve Tedavi”, “Sürveyans”, “Gönüllü Danışmanlık ve Test Merkezleri”, “Ulusal Eylem Planı, Ulusal Hedef ve Stratejilerinin Güncellenmesi, Mevzuat Güncellemesi” “İzleme Değerlendirme ve Toplumda Farkındalık Oluşturulması” konu başlıklarında çalışmak üzere alt çalışma grupları 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;

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

Bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıkları A, B, C ve D olmak üzere dört grup olarak sınıflandırdık.

Bu gruplar ve bildirim özellikleri aşağıda yer almaktadır.

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

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

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

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

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



A.4.5. Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) Hastalığı

Bakanlığımız, Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi Bilim Kurulu oluşturarak hastalıkla ilgili almamız gereken önlemleri ve bundan sonra yapılacak çalışmaları belirledik. Yine aynı komisyon her yıl belirli dönemlerde toplanarak gerekli değerlendirme ve planlamalara ilişkin tavsiyelerde bulunmaktadır.

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

KKKA ile mücadele kapsamında:

- Kene tutunması durumunda kullanılmak üzere kene çıkarma kartı dağıttık. Halkın bu kartı kullanmasının keneyi vücudundan hemen çıkarma konusunda duyarlılığını artıracığını ön gördük.
- Hastaların daha yakından takip ve tedavi gerektiren durumlarda bir üst basamak sağlık kuruluşuna sevk edilmeleri gerekmektedir. Sevk edilecek hastalar için 16 ilde bölge merkezleri oluşturduk.
- Hastaların tedavisinde kullanılmak üzere immün serum oluşturduk. Bu çalışma kapsamında bazı hastaların tedavisinde kullanılmaktayız. Bu çalışmanın sonuçlarına göre serumun kullanımının yaygınlaştırılmasını hedefliyoruz.
- 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 süveyans 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 önlenabilen en önemli kanser olan akciğer kanserleri ülkemizde ve dünyada en sık görülen kanserlerdir. Tütün ile mücadelenin başarıyla yürütülmesi ile akciğer kanseri başta olmak üzere larinks, mesane, pankreas, serviks, farinks ve ağız boşluğu kanserleri büyük ölçüde yok edilebilecektir.

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.

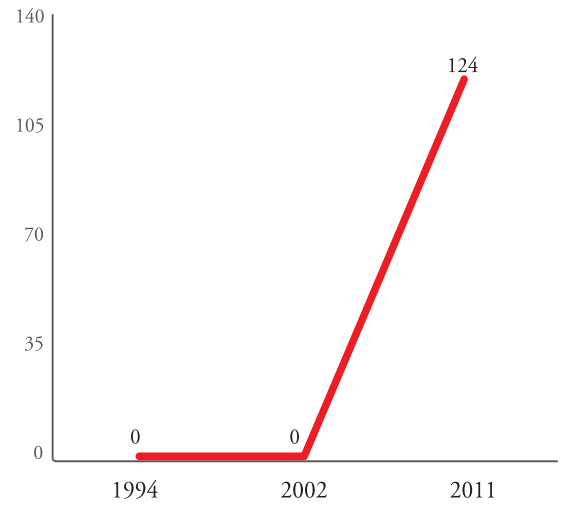
Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM)

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

Hedeflerimiz:

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

Grafik 24. KETEM Sayıları



Kaynak: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu



A.6. Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetleri:

Toplum temelli ruh sağlığı hizmetinin amacı, ağır ruhsal bozukluğu (bilişsel, yönetsel ve sosyal beceri alanlarındaki yıkıcı etkisi nedeniyle yeti yitimi ile beraber ortaya çıkan şizofreni vb psikotik bozukluklar ve duygudurum bozuklukları gibi kronik ruhsal hastalıkları) olan hastalara, psiko-sosyal destek hizmetlerinin verilmesini takip ve tedavilerinin gerektiğinde evde sağlık hizmetleri uygulamasına entegre bir şekilde yaşadıkları ortamda sunulmasını sağlamaktır.

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

Merkezleri, hizmet vereceği nüfusun demografik yapısı ve epidemiyolojik özelliklerini dikkate alarak belirliyoruz. İhtiyaç duyulan illerde birden fazla merkez kurmayı 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 tespit ediyor ve kendi veri tabanına ekliyor.

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

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

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

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

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

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

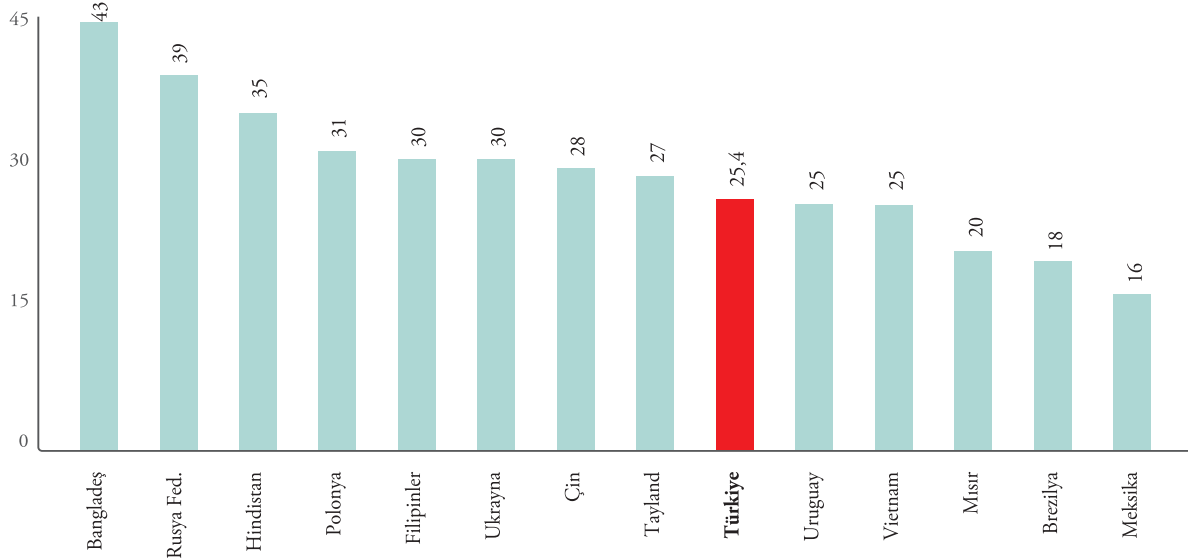


A.7. Tütün, Alkol ve Madde Bağımlılığı ile Mücadele

Dumansız Hava Sahası

Ülkemizde sigara önemli bir halk sağlığı sorunudur. Sigara, doğum öncesi dönemden başlayarak çocuk ve erişkinlikte ölüme kadar götüren birçok sağlık problemine yol açmaktadır. Önlenabilir hastalık ve ölüm sebeplerinin en önde gelenlerinden biridir. Günümüzde %80'i geliştirmekte 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.

Grafik 25. Ülkelere Göre Her Gün Tütün Mamulü Kullanma Durumu, (%), (2010)



Kaynak: WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2011

Ülkemiz tütün tüketimi açısından Avrupa'da üçüncü, dünyada yedinci sırada bulunmakta, yetişkin erkeklerde bağımlılık oranı %40 civarında hesaplanmaktadır. Tütün tüketimi, başta kanserler olmak üzere pek çok hastalığın ortaya çıkmasında en önemli role sahiptir. DSÖ tarafından hazırlanan ve halen 171 ülkenin imzaladığı "Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi" (TKÇS) Bakanımız Prof. Dr. Recep Akdağ tarafından 2004 yılında imzalandı.

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

Yapılan ölçümlerde kapalı ortam havasındaki partikül miktarında;

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



Alkol ve Madde Bağımlılığı

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

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

A.8. Sağlıklı Gelecek İçin Sağlıklı Beslenme

Obezite İle Mücadele

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

Tablo 14: Tüm Yaş Gruplarında Beden Kitle İndeksi Yüzdeleri

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

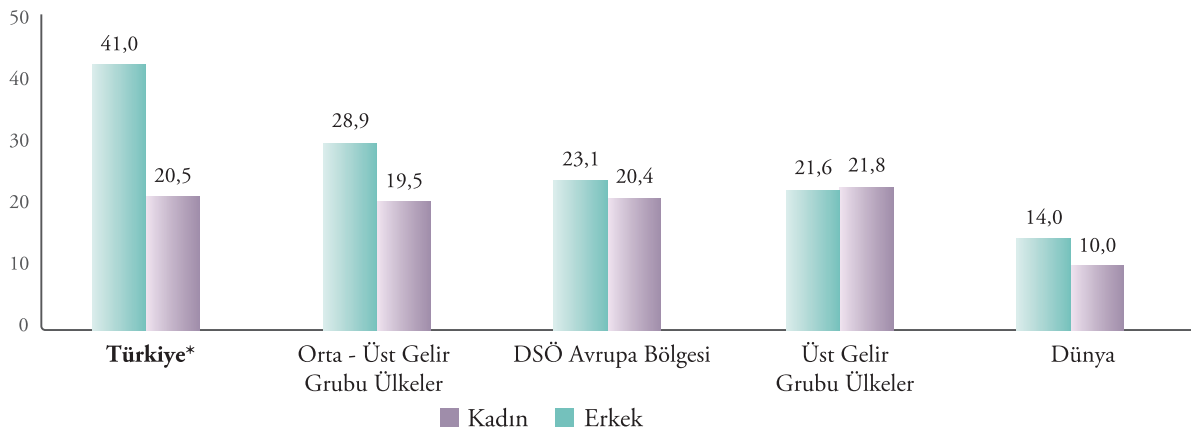
Kaynak: Türkiye Beslenme Sağlık Araştırması 2010



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. Bu konudaki raporun yayımlanmasını planlıyoruz.
- Halk sağlığının korunması ve hastalıkların oluşumunun önlenmesinde multidisipliner bir yaklaşım ile toplumumuzda tuz tüketimin kademeli olarak önerilen seviyelere düşürülmesi için tuz tüketiminin azaltılmasına yönelik ulusal bir programı 2010 yılı içinde başlattık.
- Sağlıklı beslenme açısından önem taşıyan tam buğday unundan ekmek üretiminin ve tüketiminin artırılması 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. Vatandaşlarımız buradan beslenme ile ilgili en doğru ve güncel bilgilere rahatlıkla ulaşabilmektedir.

Grafik 26. Obez Bireylerin Cinsiyete Göre Uluslararası Karşılaştırması, (2010)



Kaynak: Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010

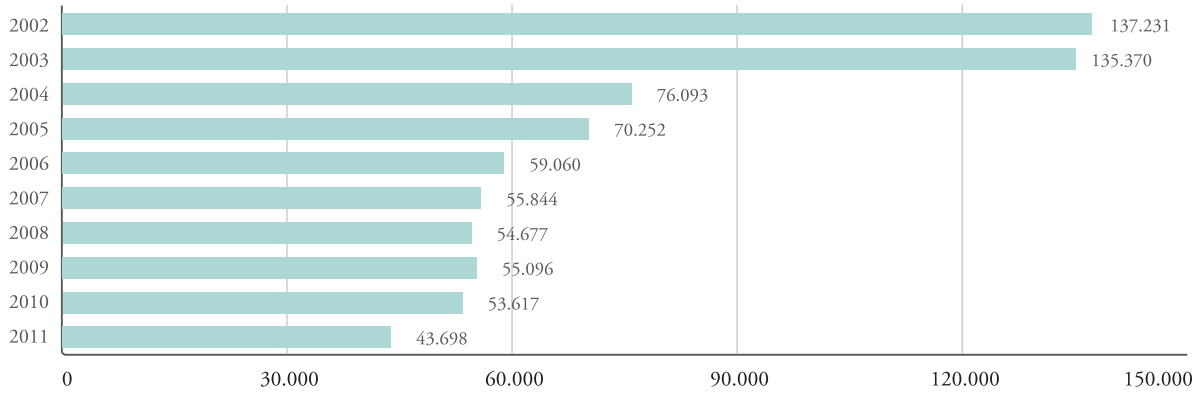


A.9. Acil Sağlık Hizmetleri

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.

Grafik 27. Yıllara Göre 112 Acil Yardım İstasyonu Başına Düşen Nüfus, Sağlık Bakanlığı, Türkiye



Kaynak: Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Nüfus: TÜİK

Son dokuz yılda acil hasta taşıma hizmetleriyle ilgili gücümüz 6 kat gelişti. Acil hastalarda her geçen saniyenin önemli olduğunun bilincindeyiz. 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 2011 yılı sonu itibarıyla 2.766'ya ulaştırdık. Ambulanslarımızda sadece nicelik yönünden değil, nitelik yönünden de gelişme kaydettik. Tüm ambulanslarımız donanım ve özellikleri ile aynı zamanda Avrupa Birliği standardı da olan TS-EN 1789'a uygun hale geldi. 2002 yılı sonunda 481 olan 112 istasyon sayısı ise dokuz yıl içinde 1.710'a çıktı. Acil sağlık hizmetlerinde belirlediğimiz hedefleri aştık. Ülkemizin her noktasında 112 Acil hizmeti verir duruma geldik.

Aralık 2011 itibarıyla coğrafi ve iklim şartları sebebiyle ulaşımında güçlük çekilen bölgelerde 224 adet “kar paletli ambulans” halkımıza hizmet vermektedir. Ayrıca büyük kazalar veya kitlesel olaylarda en az 4 yaralının yatarak nakledilebileceği çoklu hasta taşıyan 35 adet ambulansı ekiplerimize dâhil ettik.



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

2007 yılında hizmete başlayan 4 adet deniz ambulansı İstanbul, Çanakkale, Balıkesir ve Gökçeada'da hizmet vermeye devam etmektedir. Sadece gelişmiş ülkelerde bulunan hava ambulans sistemini ülkemizde bir ilk olarak 2008 yılından itibaren faaliyete geçirdik. Aralık 2011 itibariyle ülke geneline hizmet verecek şekilde 19 ambulans helikopteri 15 il merkezine konuşlandırdık. 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 yurtiçi ve yurtdışından acil hasta veya yaralı vatandaşlarımızın naklini gerçekleştirmeye başladık. Turbojet ambulans uçağı 5.300 km, turboprob ambulans uçağı ise 3.500 km uçuş menziline sahip olup her iki uçak da iki hastanın yatarak naklini sağlayabilecek ve yoğun bakım şartlarında her türlü tıbbî müdahaleyi yapabilecek tıbbî ekipman ile donattık.

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

Aralık 2011 itibariyle ambulans helikopterlerle 10.509, ambulans uçaklarla 2.018 hasta taşıdık. Ayrıca ambulans uçaklarla 118 vatandaşımızı yurtdışından ülkemize getirdik, 5 yabancı turisti ülkelere naklettik.

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

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





Afetlerde Sağlık Organizasyonu ve Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi (UMKE)

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

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

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

Afet durumlarında en önemli unsurlardan biri afet etkilerinin azaltılmasına yönelik faaliyetlerde kurtarma ekipleri ve kurumlar arası koordinasyondur. Bu ihtiyaçtan hareketle 2009 yılı sonunda Bakanlığımızda, afet ve her türlü 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 yurtdışında meydana gelen afet ve olağandışı olayların takibini yapmakta ve bunlara anında müdahale etmekteyiz. Bu sistem ile yurtiçi ve yurtdışı 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 Ayrıca hava ve deniz araçlarından alınan acil çağrı sinyalleri ile dağcılar ve arama kurtarma ekipleri tarafından gönderilen acil çağrı sinyallerini anlık tespit ederek konum ve yer tespiti yapabilen bir sistem kurduk.

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



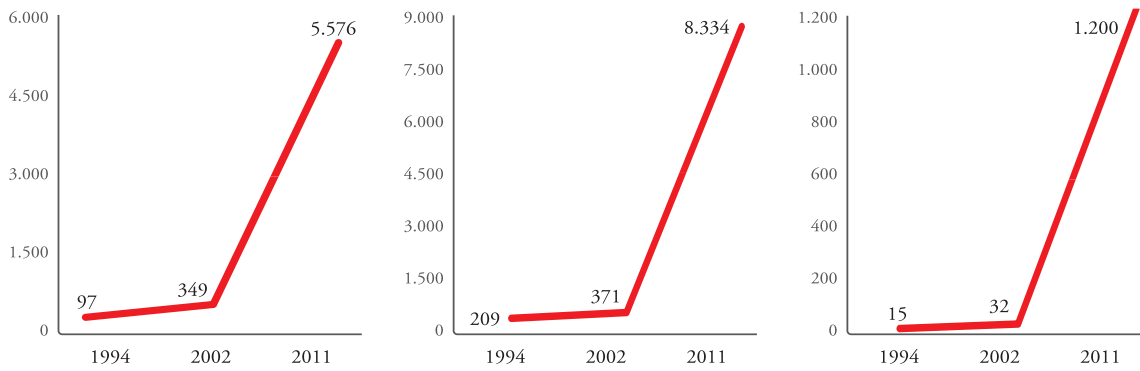


A.10. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri

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.

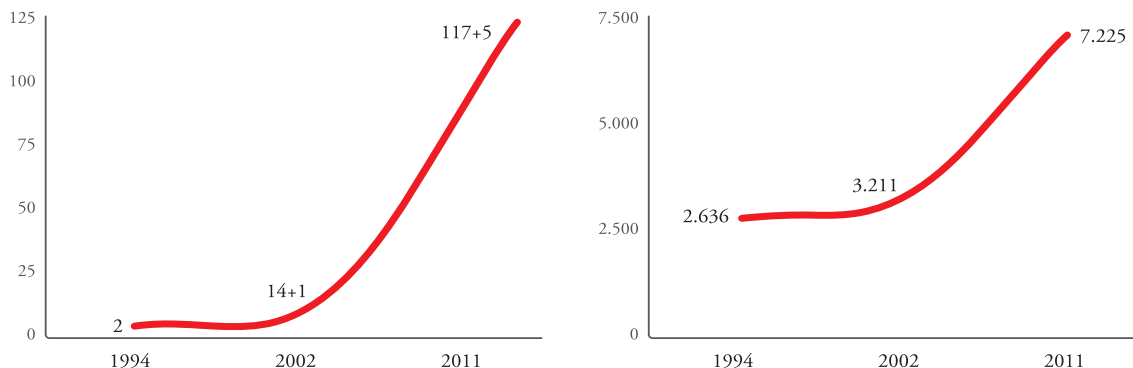
Grafik 28. Sabit Protez Sayısı (bin), Dolgu Sayısı (bin), Kanal Tedavi Sayısı (bin)



Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

2002 yılında 14 olan Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi sayısını 117'ye; 1 olan diş hastanesi sayısını ise 5'e çıkardık. 81 ilimizde ağız ve diş sağlığı hizmeti veriyoruz. 2002 yılında Bakanlık kurumlarına bağlı 1.071 faal diş üniti varken 2011 yılında diş üniti sayısını 6.169'a çıkardık. 2002 yılında 3.211 olan diş hekimi sayısını 7.225'e yükselttik. Böylece vatandaşlarımızın ağız ve diş sağlığı hizmetlerinden kolayca ulaşabilmesini sağladık.

Grafik 29. Ağız Diş Sağlığı Merkezi Sayısı, Sağlık Bakanlığında Çalışan Diş Hekimi Sayısı



Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü



B. Teşhis ve Tedavi Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri önemi tartışılmaz. Ancak hastaların da yerinde ve zamanında gerekli tedaviyi alması önemlidir. Sağlık hakkı, vazgeçilemez ve ertelenemez bir insan hakkıdır.

Tablo 15. Türkiye’de Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelerde Toplam Muayene Sayısı, (milyon)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Sağlık Bakanlığı	110	114	135	165	189	210	217	228	235	254
Üniversite	9	10	11	11	13	15	18	19	20	25
Özel	5	6	7	11	16	24	39	48	48	59
Toplam	124	130	153	187	218	249	274	295	303	338

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

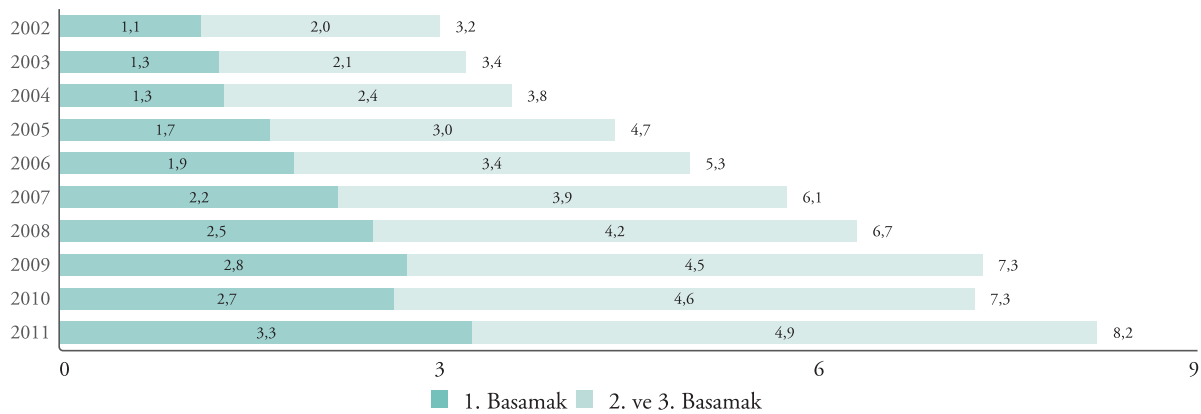
Tablo 16. Türkiye’de Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanede Kişi Başı Muayene Sayısı

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

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sağlıkta dönüşüm ile vatandaşlarımızın sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştı. 2002 yılında kişi başı hekime müracaat sayısı 3,2 iken 2011 yılında bu sayı 8,2’ye çıktı.

Grafik 30. Türkiye’de Yıllara Göre Sağlık Kuruluşunda Kişi Başı Hekime Müracaat Sayısı



Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü



Tablo 17. Türkiye'de Yıllara ve Sektörlere Göre Yatan Hasta Sayısı

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
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
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
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
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

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Tablo 18. Türkiye'de Yıllara ve Sektörlere Göre Toplam Ameliyat Sayıları

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
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
Üniversite	307.108	326.441	375.473	452.326	508.129	560.275	638.028	546.903	576.547	617.477
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
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

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

B.1. Hastane Hizmetlerinde Yeniden Yapılanma

Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde kamu hastanelerini teknolojik olarak yeniledik ve kapasitelerini artırdık. Devlet hastanelerimizde kamu - özel ortaklığı şeklinde hizmet alımına başladık. 2002'de tüm devlet hastanelerinde 18 olan manyetik rezonans görüntüleme (MR) cihazı sayısını 2011'de 273'e, 121 olan bilgisayarlı tomografi (BT) cihazı sayısını 446'ya, 495 olan ultrasonografi (USG) cihazı sayısını 2.125'e çıkardık. Benzer artış özel sektör ve üniversite hastanelerinde de gerçekleştirdik.

Tablo 19. Türkiye'de Yıllara Göre Yataklı Tedavi Kurumlarında Cihaz Sayıları

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

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü



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 soktuk.

Sağlık sisteminin herhangi bir aşamasında yaşanan bir sorun için **184 SABİM** hattının aranması özdenetim mekanizmasını harekete geçiriyor. 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.



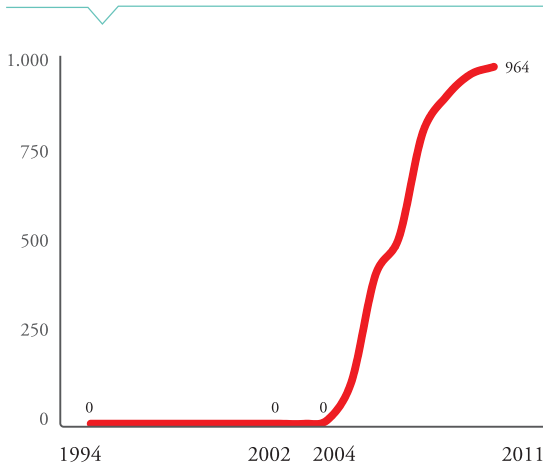
Hasta Hakları Birimi

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.



**HASTANEMİZDE HEKİMİNİZİ
SEÇEBİLİRSİNİZ**

Grafik 31. Hekim Seçme Hakkı Tanınan Hastane ve ADSM Sayısı



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 vatandaş hekim seçme hakkında bilgilendiriyoruz.
- Poliklinik kapısındaki ekranlarda hasta sıralarının yer almasını sağlıyoruz.



B.3. Hastane Enfeksiyonlarının Önlenmesi

Yataklı tedavi kurumlarında sağlık hizmeti ilişkili 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 11.08.2005 tarihli ve 25903 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmesiyle yıllardır ihtiyaç duyulan yasal desteği sağladık. Çalışmalarımızı bu yönetmelik temelinde yürütmekteyiz.

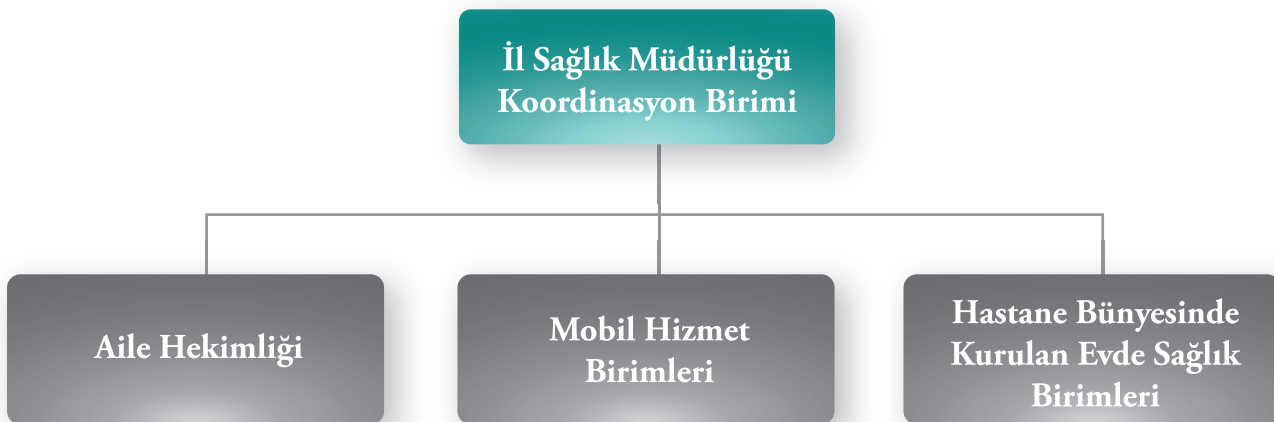
Kaliteli sağlık hizmeti sunumunun geliştirilmesinde önemli araçlardan biri hizmet sunumunun gerektirdiği özelliklere uygun insan gücü yetiştirmektir. İlgili Yönetmelik gereği tüm yataklı tedavi kurumları bin yatak için (tercihen ulusal/uluslararası sertifikaya sahip) bir enfeksiyon hastalıkları ve klinik 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. 2007 yılından bu yana verdiğimiz enfeksiyon kontrol eğitimleri sayesinde 2011 yılı sonu itibariyle 527 enfeksiyon kontrol hekimine ve 1.063 enfeksiyon kontrol hemşiresine ulusal sertifika verdik. Bilimsel Danışma Kurulu çalışmaları ile “Hastanelerde Havalandırma ve Kontrolü Kılavuzu”nu hazırladık.

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.

Kurumsal Yapılanma





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. Hastalarımız artık kendi yaşadıkları yere en yakın merkezde KVC gibi son derece ileri teknoloji ve ekip gerektiren hizmetlerden faydalanmaktadırlar.

KVC merkezlerinde en az 6 kalp damar cerrahisi uzman doktoru görev yapmakta, olmak üzere 5 yataklı yoğun bakım (3. basamak) ve 10 yataklı servis bulunmaktadır.

Kalp hastalıklarına bağlı ölümleri en az indirmek için, kalp krizi geçiren hastaya en erken dönemde tanı koymak ve 90 dakika içinde kardiyoloji veya dâhiliye uzmanı ile buluşturmayı hedefliyoruz.

B.6. Kan Hizmetleri

Kan bağışının öneminin vurgulanması ve vatandaşlarımızda kan bağışı duyarlılığının artırılması 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 2011 yılında 1.276.211 üniteye çıkardık. Bu sayede vatandaşlarımızın acil durumlarda kan ya da kan ürünü bulabilmek için kapı kapı dolaşmalarının önüne geçtik. Son derece değerli olan kan ürünlerinin kullanılmama dolayısıyla boşa gitmesini de önledik.



B.7. Organ Nakli Hizmetleri

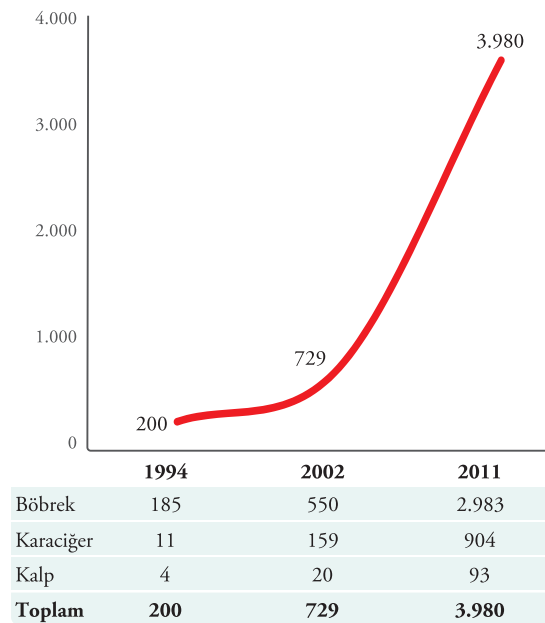
Ülke genelinde böbrek nakli yapılan tüm merkezlerde nakil olmak isteyen kişilerin bilgileri, Bakanlığımız Ulusal Organ Nakli Bekleme Listesi Programına kaydedilmektedir.

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. Kadavradan temin edilen organların nakledileceği hastalara ulaştırılmasında Bakanlığımızın ambulans uçaklarını da kullanmaktayız. 62 hastanede Böbrek Nakli Merkezi, 42 hastanede Karaciğer Nakli Merkezi, 16 hastanede ise Kalp-Akciğer Nakli Merkezini ruhsatlandırarak hizmete açtık.

2011 yılında kompozit doku nakilleri ile ilgili uygunluk kriterlerini belirledik.

Grafik 32. Organ Nakli Sayıları





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.

Ülke nüfusumuza oranla yılda yaklaşık 4 bin olması gereken kemik iliği nakli sayısı uygun verici bulunamadığından yılda yaklaşık 2 bin kişiyle sınırlı kalmaktadır. Yılda yaklaşık 2 bin kişi nakil için sıra beklemektedir. Kemik iliği nakillerinde vericilerin çoğu akraba dışı kişilerdir ve iliklerin çoğu yurt dışından temin edilebilmektedir.

Türkiye'deki kemik iliği verici sayısının 40 binin altında olması sebebiyle uygun iliğin bulunabilmesi için yurt dışı taramaları gereklidir. Yurt dışı verici taramalarında bulunan uygun iliğin Sosyal Güvenlik Kurumunca bedeli ödenerek temini ihtiyaç sahiplerinin işini kolaylaştırdı. Her bölgede aktif nakil merkezi olması ve hizmet sunumunun iyileştirilmesi amacıyla yeni merkezlere ruhsat ve faaliyet izni vererek nakil merkezlerinin sayısını artırdık. Aralık 2011 itibariyle 17 pediatrik, 36 erişkin olmak üzere toplam 53 nakil merkezimiz mevcuttur.

Kök hücre konusunda Graft versus Host Disease (GVHD) vakalarında mezenkimal uygulamalara bilimsel kriterler doğrultusunda izin vererek bu alanda dünyanın önde gelen ülkeleri arasında yer aldık. Ankara Üniversitesi'nde izin verdiğimiz bir çalışma ile spinal kord yaralanmalarında kök hücre nakli deneysel tedavisi 10 hasta üzerinde gerçekleştirildi.

Kornea bekleyen hasta sayılarımızın azaltılması ve kadavra donörlerden elde edilen kornea sayısının artırılması amacıyla yaptığımız çalışmalar doğrultusunda göz bankalarının sayısını 19'a çıkarttık.

Her göz bankasına doku kaynağı merkezi bağlanması planını hayata geçirerek kadavradan elde edilen kornea dokusu sayısını artırdık.

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.

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. Bu uygulamayı 2012 yılı sonuna kadar aşamalı olarak ülke geneline yaygınlaştıracamız.

Bugün ülkemizde yıllık ortalama 1.000 civarında replantasyon yapılmaktadır. Komplike el yaralanmaları ile birlikte yapılan mikro cerrahi uygulaması sayısı 4.600 civarında olmaktadır. Plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahisi uzmanları ile ortopedi ve travmatoloji uzmanlarından 168'sine el cerrahisi alanında yan dal uzmanlığı verildi. Bu konuda aktif çalışan uzman hekim sayısını 300'e çıkarılmasını planlıyoruz.

Yaptığımız çalışmalar sonucunda, replantasyon yapabilen kamu ve özel sektöre ait merkezlerin listesini çıkarttık. Bugün 22 il merkezinde Sağlık Bakanlığı, üniversiteler ve özel sektöre ait hastanelerde komplike el yaralanmaları ve amputasyon vakalarını tedavi edebilecek kapasite oluşturduk.

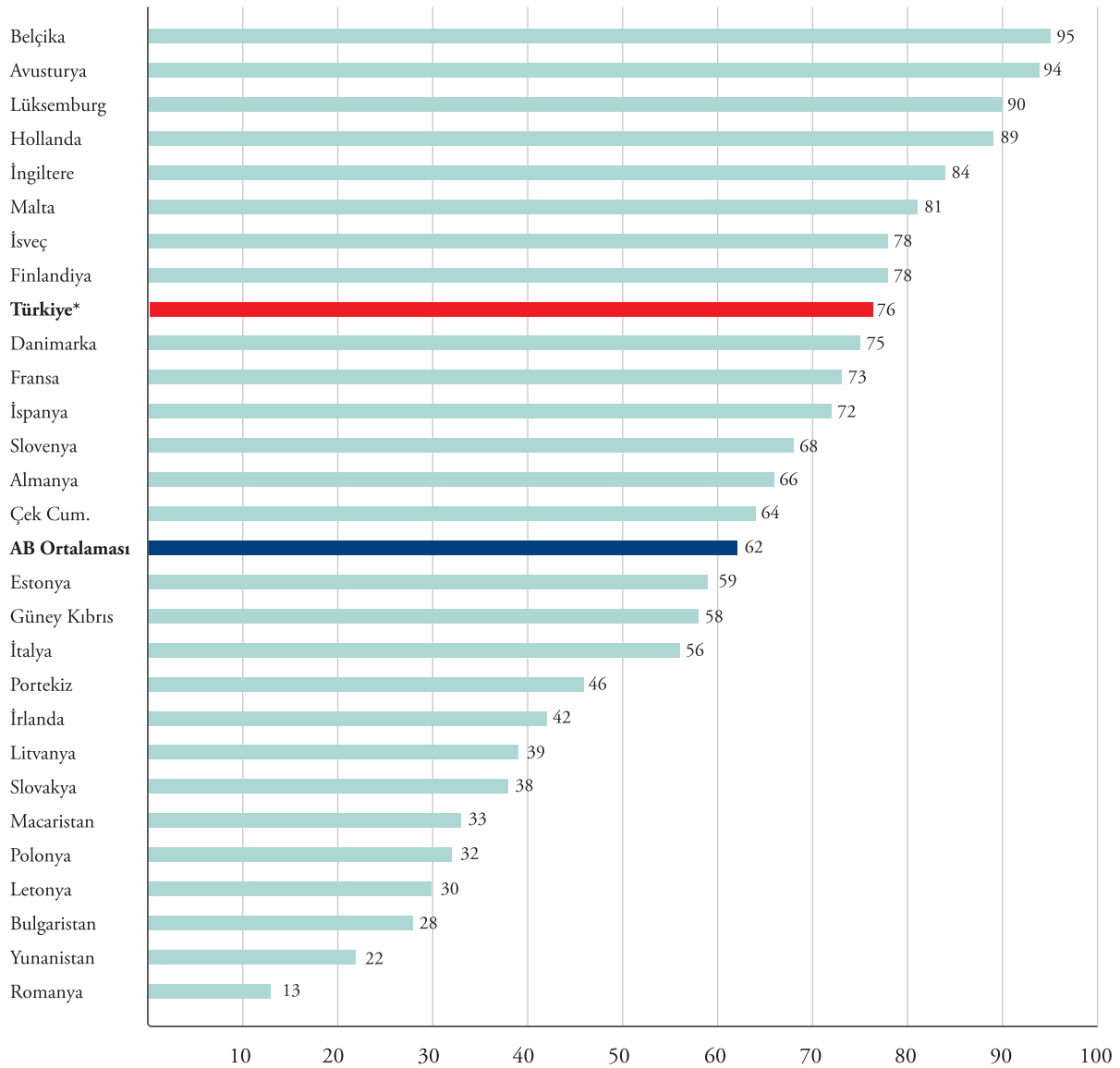




B.11. Sağlık Hizmetlerinden Genel Memnuniyet Oranı

TÜİK Yaşam Memnuniyet Araştırması'na göre 2003 yılında %39,5 olan sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı 2011 yılında %76'ya ulaştı.

Grafik 33. AB Ülkelerinde ve Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Oranları, (%), (2011)



Kaynak: Avrupa Birliği "Social Climate Report 2011",

* Türkiye "TÜİK Yaşam Memnuniyeti Araştırması 2011"

C. İlaç ve Eczacılık

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

İlaç fiyatlandırmasıyla ilgili olarak tüm tarafların üzerinde mutabakat sağlayacakları bir yöntem geliştirilmesine olan ihtiyaç programda açık şekilde vurgulandı.

Gerçekleştirdiğimiz 2004 tarihli “Beşeri Tıbbî Ürünlerin Fiyatlandırılmasına Dair Karar” ile ülkemizde bugüne kadar var olan kargaşa ve olumsuzlukları ortadan kaldırdık ve ilaç fiyatlandırmasına kamu yararı ve şeffaflık getirdik. Bu sayede ilaç fiyatlarında önemli derecede düşüşler elde ettik. Fiyatları Avrupa’da mevcut en düşük düzeylere çektik. Bine yakın üründe %1 - %80 arasında değişen fiyat düşüşleri gerçekleştirdik. Buna ilave olarak “referans fiyat takibi” ile süreçte fiyat indirimini mümkün hâle getirdik. Referans ülkelerdeki fiyat değişikliklerini üç aylık periyotlarla takip etmekte ve fiyat düşüşlerinin ülkemizdeki fiyatlara yansıtılmaktadır. Bu yöntemle 2004 - 2011 yılları arasında 250 kez fiyat düşüşü sağladık.

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

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

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

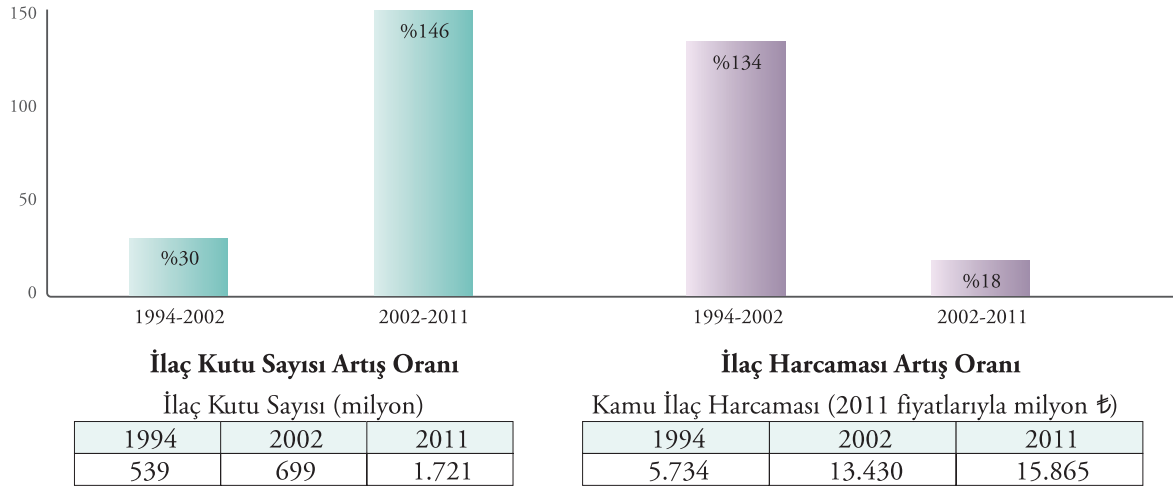
Sosyal Güvenlik Kurumu’nun ilaç alımlarında sağladığı iskontolar da kamunun ilaç için yaptığı ödemeleri azalttı. Hükümet olarak aldığımız tüm bu kararlar sonucunda gerçekleşen bütün kazanımları vatandaşımızın sağlığı için yatırıma dönüştürdük.





C.1. İlaç Tüketimi

Grafik 34. Kamu İlaç Tüketimi ve Harcamalarındaki Değişim, (%)



Kaynak: Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu

2011 yılında tüketilen ilaç kutu sayısı 1 milyar 721 milyon kutu oldu. Yani 2002 yılına göre %146 arttı. Aynı dönemde kamunun ilaç harcaması ise 2011 yılı fiyatlarıyla 13 milyar 430 milyon ₺'den 15 milyar 865 milyon ₺'ye çıktı ve sadece %18 arttı.

İlaçta sağlanan bu tasarrufu yukarıda zikredildiği gibi vatandaşımızın ilaca erişimini kolaylaştırmada kullandık.

İTS AKIŞ ŞEMASI

İTS Merkez Veritabanı



Bilgi Akışı

Fiziksel Ürün Akışı



Üretici/İthalatçı

1



Ecza Deposu

2

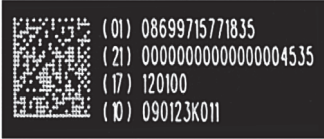


Eczane

3

e-Şecere

Tüketim



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. İlaç Takip Sistemi, 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. İlaç Takip Sistemi 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. Ayrıca piyasaya sürülen ilaçlarda, sonradan oluşabilecek ve toplum sağlığını tehdit edecek durumlarda hangi ilacın nerede bulunduğu noktasal olarak bilinmekte ve kolayca toplanması sağlanmaktadır.

Türkiye’de uygulamaya koyduğumuz İlaç Takip Sistemi, dünyada ilk defa ortaya konulan “Merkezi Veri Tabanı”na bağlı bir sistem olarak literatürdeki yerini aldı. 1 Ocak 2010 tarihinden itibaren üretilmiş olan tüm ilaçların üzerinde karekod bulunması ve üretici/ithalatçıları tarafından sisteme bildirilmesi mecburiyetini getirdik. 1 Temmuz 2010 tarihi ile de eczanelerde kupür kesme devrini kapattık. Ürünler İTS sistemine bildirilerek satılmaya başlandı. Tüm geri ödeme kurumları ilaç ödemelerini sistem üzerinden kontrol ederek yapmaya başladı. Ayrıca ilacın geçtiği noktalardan olan hastaneleri de takip kapsamına aldık ve hastanelere giren ürünleri de takip etmeye başladık.

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. Bu da doğru bilgiye erişmeyi güçleştirmektedir.

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.

Akılcı ilaç kullanımı ilkelerinin ülke çapında yaygınlaştırılmasına yönelik olarak 2010 yılında Akılcı İlaç Kullanımı Şube Müdürlüğü'nü kurduk.

Toplum çapında farkındalık oluşturmak ve hem sağlık çalışanlarının hem de halkın bu konuda bilgi sahibi olmasını sağlamak için uygulanacak yöntemleri; kısa, orta ve uzun vadeli olmak üzere planladık.

Prospektüsleri sade ve anlaşılabilir hâle getirdik. Vatandaşlarımızın kullandığı ilaca ait her türlü bilgiyi rahatça anlayabilmesini sağladık.

Sağlık harcamalarının demografik, sosyal ve ekonomik sebeplere bağlı olarak sürekli şekilde arttığı dikkate alındığında kaynak kullanımını etkin kılacak stratejiler gerekmektedir.

Yürütülecek projeler ile sağlık harcamalarında tasarruf sağlanırken, kamu sağlığının olumlu yönde gelişmesi de temin edilecektir. Akılcı ilaç kullanımını sağlayacak anlayışın oluşturulabilmesi için öncelikle bu alanda sorumlulukları olan kişilerin yeterince bilgi ve fikir sahibi olması gerekmektedir.





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.

Sağlık planlamasında Danimarka'da yerel idareler ve belediyeler merkezi hükümetin gözetiminde sağlık alanlarını planlar. İngiltere'de ulusal ve bölgesel planlama yerel yöneticilerin katılımıyla merkezi hükümet tarafından yönetilir. Fransa'da bölgesel hastane birlikleri, merkezi hükümetin belirlediği çerçeve içinde hastane hizmetlerini planlar. Almanya'da hastane kapasitelerini, ulusal ve bölgesel mevzuat çerçevesinde eyalet hükümetleri planlar. Kanada'da planlama bölge yönetimlerinin sorumluluğunda, ancak bazı durumlarda ulusal çerçeve dikkate alınarak yapılır.

Kanada, Fransa ve Almanya'da hastane planlamaları hem kamu hastanelerini hem de özel hastaneleri kapsamaktadır. Hatta özel işletmeler faaliyet alanlarını genişletmek için de planlama kapsamında izne tabidir. Diğer yandan Danimarka ve İngiltere gibi ülkeler, planlarını sadece kamu hastaneleri ile sınırlı tutmaktadır.

Yürüttüğümüz bölgesel planlama çalışmalarında, Bakanlığımızın taşra teşkilatlarından görüş aldık. Çalışmalarımızda; merkezin yerelde yapmış olduğu inceleme ve tespitleri, nüfusu, coğrafi yapıyı, kapsanan bölgeyi, merkeze uzaklığı, ulaşımı, yerel ihtiyaçları ve mevcut sağlık envanterlerini dikkate aldık.

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

Bölgenin sağlık hizmeti ihtiyacı, coğrafi yapısı, hasta akışı, ulaşılabilirliği, sosyo-ekonomik yapısını dikkate alarak 29 sağlık alanı belirledik.

Bu anlayış çerçevesinde sağlık hizmet sunumu bakımından ülke genelinde belirli sağlık alanları ve her bir alan için bölge sağlık merkezi konumundaki illeri ve bu merkez illere bağlı alt alan merkezi konumundaki illeri belirledik. Alt alan illeri, güçlendirilmiş ilçeler ve bu ilçelere bağlı küçük ilçelerdeki mevcut ve yatırım planlamasında olan yataklı sağlık tesislerinin hizmet sunum rollerinin belirlenmesi açısından önem arz etmektedir. Bu rollere göre sınıflandırma, hizmet verilen nüfusun sağlık hizmetlerine olan ihtiyaç ve beklentilerine uygun olarak yeniden yapılandırma konuları da ayrıca önemlidir.

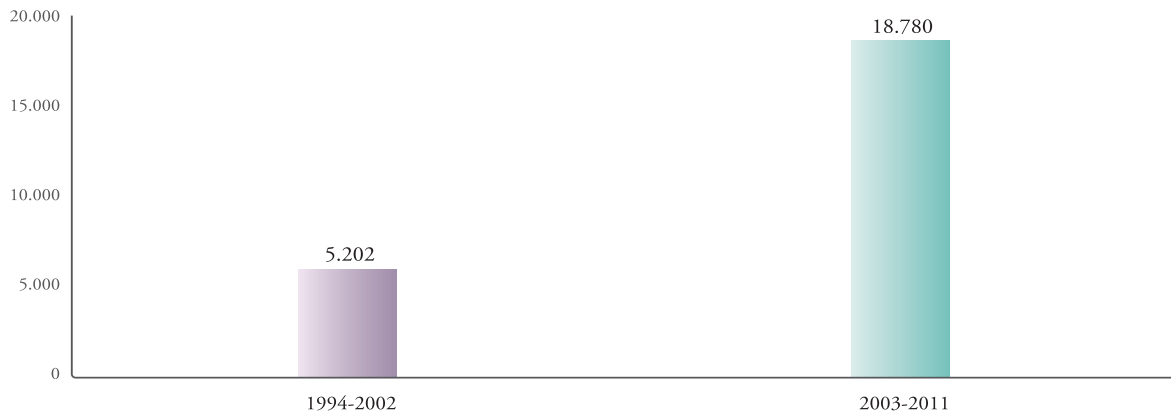
Bu planlamaları, ülke genelinde nüfus oranına göre yapmakta olup sağlık hizmetleri için fiziki mekân, personel sayısı, makine-teçhizat yeterliliklerini de sorgulamakta, özellikle hizmet birimlerinin (yoğun bakım, KVC merkezleri gibi) bölgesel farklılıklarını da göz önünde tutarak bölgesel dağılım yapmaktayız.



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.

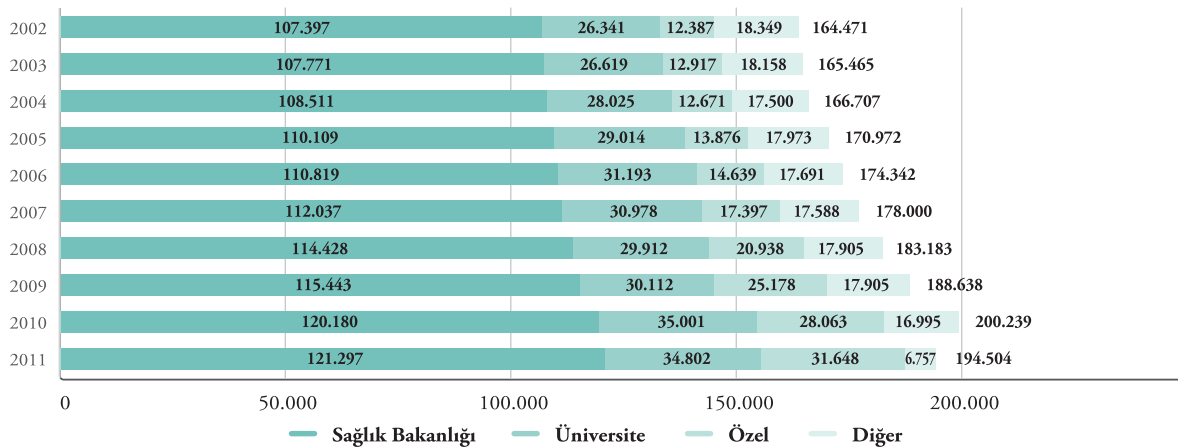
Grafik 35. Sağlık Yatırım, Donanım ve Taşıt Alımı Harcamaları, (2011 Yılı Fiyatlarıyla - milyon ₺)



Kaynak: Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü

"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 36. Türkiye'de Yıllara ve Sektörlere Göre Hasta Yatağı Sayısı



Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Türkiye’de her 100 bin kişiye düşen yatak sayısı 273 olup bu sayı, dünyadaki yeni eğilimler çerçevesinde yeterli görünmektedir. Ancak mevcut yatakları nitelikli yataklara değiştiriyoruz. Buna eşlik eden çağdaş yapıları oluşturarak yatırımlara devam edeceğiz.

Sağlık yatırımlarında çok büyük ilerlemeler kaydettik. Bizden önceki 80 yıllık dönemde 7 milyon m²’lik kapalı alan yapılmışken son 10 yılda 5,3 milyon m²’lik kapalı alan yaptık.

Son dokuz yılda 554’ü hastane ve ek binası, 1.467’si birinci basamak sağlık kuruluşu olmak üzere 2.021 sağlık tesisini tamamlayarak halkımızın hizmetine sunduk. Yıllardır bekleyen inşaatları tamamladık. Son dokuz yılda hastane yatak sayımıza 38 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. Kalan %20’lik kısım, önceden başlanan, tamamlanmaya yakın ve teknik olarak revize edilemeyen projeler nedeniyle nitelikli hasta yatağı sınıfında değildir. Böylece banyosu ve tuvaleti bulunan hasta yatağı sayısının toplam hasta yatağı içindeki payı %6’dan %31’e yükseldi.

Grafik 37. Nitelikli Hasta Yatağı Oranı



Kaynak: Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü

Tablo 20. Sağlık Yatırımları

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

Kaynak: Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü

1994-2002 yılları arasında 291 adet hastane ve yeni blok tamamlanmışken 2003-2011 yılları arasında 554 hastane ve yeni bloğu tamamlayarak hizmete sunduk. Birinci basamak sağlık tesislerinde de benzer bir başarıyı yakaladık. 1994-2002 yılları arasında 647 tesis tamamlanmışken 2003-2011 yılları arasında 1.467 yeni tesisi tamamlayarak hizmete sunduk.



Tablo 21. Basitleştirilmiş, Etkin Kamu Hizmeti Sunulması İçin Yapılan Çalışmalar

Bilgi, Belge İstenmesi	• Kurumda olan belgeleri isteme. • Noter tasdiki isteme, yerine belge aslını gör suretini al. • Nüfus cüzdan sureti, adli sicil kaydı, ikamet kaydı, sağlık raporu isteme yerine beyan al. • Nihai işlem yapılma aşamasına kadar belge isteme. • Başka kurumlarda olan belgeleri isteme ve o kurumlara paylaş. • Belge aslı yerine suretini, örneğini kabul et.
Yazışmalar	• Gereksiz yazışma yapma. • Yazışmalara süre sınırlaması getir ve uygula. • Yazışmaları elektronik ortamda yap. • Yazışmalarda paraf ve imza atan görevli sayısını azalt, ara kademeleri kaldır. • Kuruma gelen evrakı talep sahibinin huzurunda incele, eksikliklerini hemen tamamlat. • Gelen evrakla alındı fişi düzenle. • Gelen evrakla ilgili talebi hizmet standartlarında öngörülen sürede sonuçlandır, olumlu ya da olumsuz sonucu talep sahibine bildir. • Sonucun olumsuz olması durumunda gerekçesini ve sonraki müracaat mercilerinin iletişim bilgilerini de bildir.
Yetki Devri	• Hizmeti, hizmet talep edene en yakın noktada sun. • Tek kapıda hizmet imkânlarını geliştir. • Merkez birimlerinde yukarıdan aşağıya yetki devret. • Merkez birimlerinden taşraya yetki devret. • Taşrada daha alt kademelere yetki devret.
Özürlülerin Hizmete Erişimi	• Hizmet binalarına tekerlekli sandalye rampaları yap. • Mümkün olan binalara asansör yap. • Özürlüler için mümkünse farklı hizmet bankosu, özürlü refakatçi görevlisi bulundur. • Özur durumuna uygun yönlendirme işaretleri bulundur. • Özürlü tuvaleti ve banyosu dizayn et. • Özürlü araç park yeri ayarla. • Asansör yapılamayacak olup üst katlarda hizmet veren birimlerden hizmet alacak özürlüler için bina girişlerine çağrı butonu koy ve bu tür talepleri karşılayacak personel bulundur.
Hizmet Standartları	• Her kurumun sunduğu hizmetlere standart belirle. • İstenen belgeleri açık açık belirt. • Hizmet sunum süresini taahhüt et ve bu süreye uy. • Hizmet akışında meydana gelecek aksaklıklar için birinci ve ikinci müracaat yerlerini, iletişim adreslerini belirle. • Hizmet envanter ve hizmet standartlarını hizmet kapılarında ve kurumsal internet sayfalarında ilan et.



E. Sınır Ötesi Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Birliği

1. Dinamik ve Sağlıklı Dış İlişkiler

Kültürel bağımız olan ülkeler başta olmak üzere birçok ülke ile kapsamlı ve yoğun bir iş birliğine sahibiz. Söz konusu iş birliği faaliyetlerine hukuki zemin kazandırılması amacıyla etmek için 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,
- Ameliyatlara gerçekleştirilmesi

gibi faaliyetleri hayata geçirmekte ve bilgi, teknoloji ve tecrübemizi paylaşmaktayız.

Ayrıca DSÖ Avrupa Bölgesi’ne üye 53 ülkenin sağlık bakanları ve üst düzey yetkililerinin başkanlığında oluşan heyetlerle katıldığı Kopenhag’daki 56. Avrupa Bölge Komitesi toplantısına Bakanımız Prof. Dr. Recep Akdağ başkanlık etti. Yine 17-21 Mayıs 2010 tarihlerinde 193 üye ülkenin katıldığı 63. Dünya Sağlık Asamblesi toplantısında Bakanımız Prof. Dr. Recep Akdağ başkan yardımcılığı yaptı.

Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi Obezite ile Mücadele Bakanlar Konferansı, ülkemizin ev sahipliğinde ve Bakanımız Prof. Dr. Recep Akdağ başkanlığında İstanbul’da düzenlendi. 2006 yılında DSÖ İcra Kurulu Üyeliğine o tarihte Bakanlığımız müsteşar yardımcılarında Prof. Dr. Sabahattin Aydın üç yıllık bir dönem için seçildi. Aydın, 1948 yılından bu yana İcra Kurulu’nda görev yapan dördüncü Türk bilim adamıdır.

A. Eğitim Çalışmaları

Yukarıda belirtilen Sağlık İş birliği Anlaşmaları çerçevesinde ya da Dışişleri Bakanlığı ve Başbakanlık TİKA Başkanlığı’nın talepleri doğrultusunda pek çok ülkenin sağlık personeline (doktor, hemşire, sağlık memuru, teknisyen vb.) ülkemizde kısa ve uzun süreli eğitimler vermekteyiz. Bu eğitimler, Bakanlığımız merkez teşkilatında ve Bakanlığımız eğitim ve araştırma hastanelerinde gerçekleştirilmektedir.

Bu eğitimler sonucu, yabancı sağlık personeli ülkemizde kazandıkları bilgi ve tecrübeyi kendi halklarının hizmetine sunmaktadırlar. Söz konusu personelin ülkelere dönüşte daha başarılı ve verimli bir şekilde hizmet verdikleri, bir kısmının bu eğitimlerden sonra mesleklerinde yükseldikleri heyetlerimizce bu ülkelere yapılan ziyaretlerde müşahade edilmektedir.

Bu tür çalışmalar, hem ilgili ülkenin insan kaynakları ve altyapısının gelişmesine destek sağlamaktadır hem de bu ülkelere Türkiye’nin tanıtımına katkı yapmaktadır.



B. Hasta Tedavileri

Afganistan, Arnavutluk, Azerbaycan, KKTC, Sudan, Yemen ve Kosova Sağlık Bakanlıkları ile mevcut sağlık iş birliği anlaşmalarımız çerçevesinde, ülkelerinde tedavileri mümkün olmayan hastaları, belli bir kontenjan dâhilinde ülkemizde ücretsiz olarak tedavi ediyoruz. Ayrıca Dışişleri Bakanlığı'nın talep ettiği durumlarda uygun gördüğümüz yabancı uyruklu hastaları ülkemizde tedavi ediyoruz.

Ayrıca Irak ile imzaladığımız Sağlık Alanında İş Birliğine Dair Mutabakat Zaptı ve Moritanya ile imzaladığımız Sağlık Alanında İş Birliğine Dair Anlaşma'nın yürürlüğe girmesiyle birlikte her iki ülkeden hastaların ülkemizde kontenjan dâhilinde ücretsiz tedavilerini sağlayacağız.

C. İlaç ve Tıbbî Malzeme Yardımları

Başbakanlık AFAD Başkanlığı ve TİKA Başkanlığı ile Dışişleri Bakanlığı'nın talepleri ve önerileri doğrultusunda zaman zaman yabancı ülkelere ilaç, tıbbî malzeme ve tıbbî cihaz yardımıyla bulunmaktayız.

D. Yurt Dışında Onarılan, Tıbbî Malzeme Desteği Verilen ve İşletme Desteği Sağlanan Sağlık Kuruluşları

• Sudan Kalakla Türk Hastanesi

1996 yılında ülkemiz tarafından yaptırılan Kalakla Türk Hastanesi'ni restore ettik. Türkiye'den temin edilen tıbbî cihaz ve malzemeler ile donatarak Haziran 2007'de yeniden tekrar hizmete açtık.

• Sudan Darfur Nyala Sahra Hastanesi

Türkiye Kızılay Genel Müdürlüğünce Nyala'da sahra hastanesi kuruldu. Söz konusu hastane'nin sağlık personeli Bakanlığımızca karşılanmaktadır. İlaç ve tıbbî malzeme stoklarındaki azalmanın takviyesi amacıyla Sudan'a ilaç ve tıbbî malzeme gönderilmesine ilişkin çalışmalar yürütmekteyiz.

• Sudan Darfur Nyala Hastanesi

Nyala'da yapımına başlanan 150 yataklı hastane 2012 yılı sonunda hizmete girecek.

• Güney Sudan Juba Eğitim Hastanesi

Güney Sudan'ın başkentinde bulunan Juba Eğitim Hastanesi'nin ameliyathane, kadın doğum, çocuk ve görüntüleme bölümünü tamamen ülkemizden temin ettiğimiz tıbbî cihaz ve malzemelerle donattık.

• Moldova Cumhuriyeti Gökoğuz Yeri

Moldova Cumhuriyeti Gökoğuz Yeri Özerk Bölgesi'ne mali, teknik ve insani yardımlar yapmaktayız. Gökoğuz Yeri'nde bulunan Vulkanesti, Komrat ve Çadır Lunga'da bulunan 3 hastanenin tıbbî cihaz ve malzeme ihtiyaçlarını ülkemizden karşıladık.

• Etiyopya

Etiyopya'da bulunan Black Lion Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin ameliyathane, kadın doğum, çocuk, yenidoğan ve görüntüleme bölümlerini ülkemizden temin ettiğimiz tıbbî cihaz ve malzemeler ile yeniden donattık.



- **Pakistan**

Pakistan'da yaşanan sel felaketinden sonra bölgede bulunan 7 hastanenin tıbbî cihaz ve malzeme ihtiyacını Bakanlıkça temin ederek 21 ve 28 Ocak 2011 tarihlerinde uçak ile gönderdik. Bakanlığımıza bağlı teknik ekip hâlen bu bölgede çalışmalarına devam etmektedir.

- **Somali**

Somali'de devam etmekte olan insani yardım faaliyetleri kapsamında 2 sahra hastanemiz Mogadişu'da hizmet vermektedir. Söz konusu hastanelerimizin ilaç, tıbbî cihaz ve tıbbî sarf malzemesi ihtiyacını karşılamaya devam etmekteyiz.

E. Ortak Sağlık Haftaları Düzenlenmesi

İmzaladığımız iş birliği anlaşmaları ve protokollere istinaden muhatap ülkelerle ortak sağlık haftaları etkinlikleri gerçekleştirmekteyiz.

Söz konusu etkinlikler kapsamında bir araya gelme fırsatı yakalayan karşılıklı ülke bilim adamları, uzmanları ve profesyonelleri karşılıklı görüş alışverişinde bulunmakta ve mevcut iş birliği potansiyelinin daha da geliştirilmesi yollarını aramaktadır.

Bu itibarla, bugüne kadar Afganistan, Sudan, Yemen, Nahçıvan, Irak, Suriye, Moritanya ve Moldova Cumhuriyeti Gököğüz Yeri'nde ortak sağlık haftaları düzenledik. Söz konusu etkinlikler kapsamında ülkemiz bilim adamları, sağlık uzmanları ve sağlık profesyonelleri ilgili ülkelerde ortak konferanslar ve çalıştaylar düzenlemişlerdir. Yine bu sağlık haftaları kapsamında doktorlarımız yabancı meslektaşlarıyla ortak ameliyatlar ve sağlık kontrolleri gerçekleştirdiler.

F. Sağlık Sistemlerinin Güçlendirilmesi

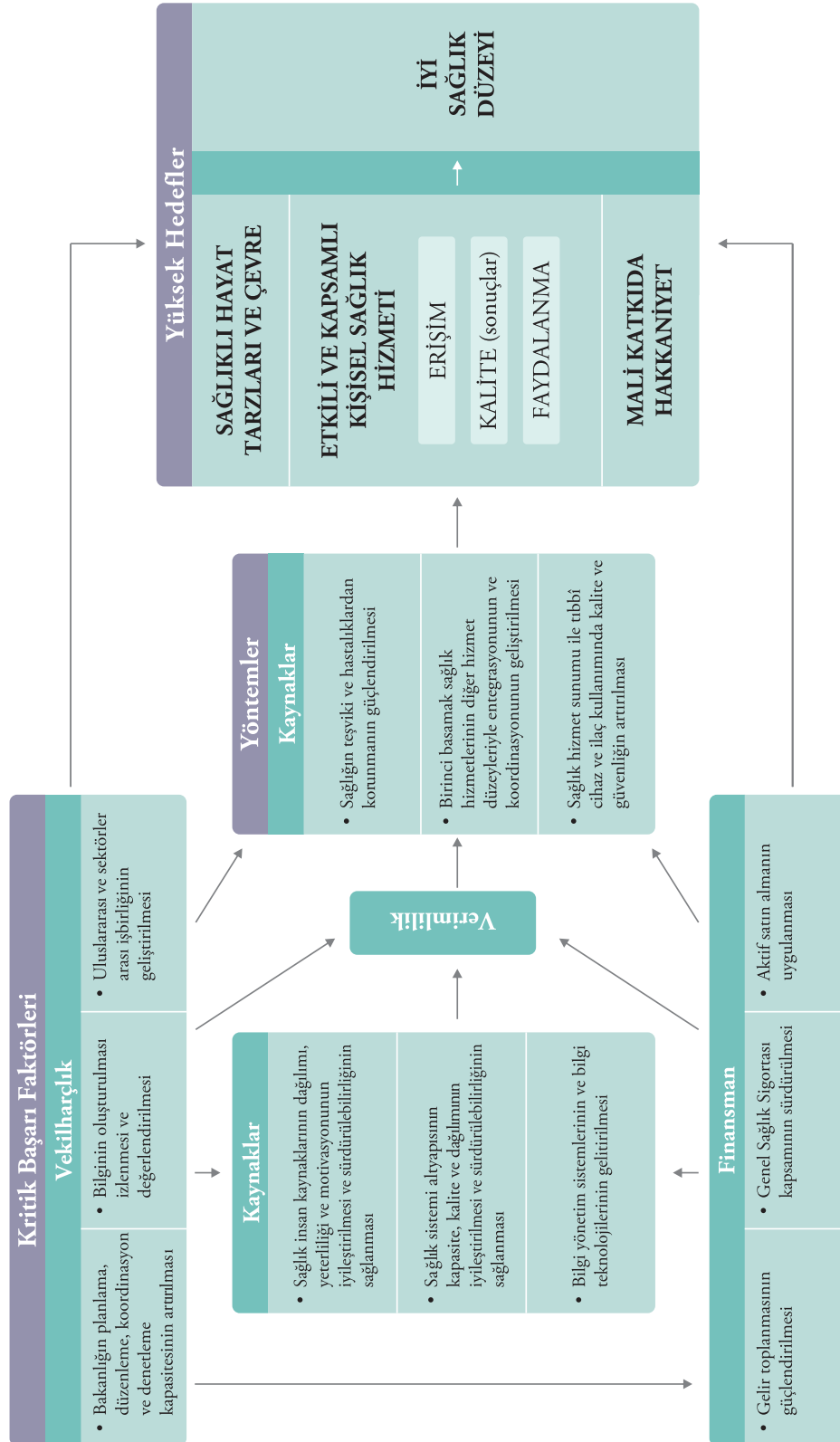
Dünya Sağlık Örgütü'nün ana gündem maddelerinden biri de ülkelerde "Sağlık Sistemlerinin Güçlendirilmesi"dir. Bu itibarla, Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında hayata geçirdiğimiz uygulamalarımız sonucu elde ettiğimiz tecrübe ve bilgi birikimimizi aktarmak üzere Makedonya, Afganistan, Sudan, Kosova, Libya, Moritanya, Suriye ve Irak'a teknik destek ve danışmanlık hizmeti sunduk.

G. Afet ve Acil Durumlarda Uluslararası Yardım Çalışmaları

Bakanlık olarak dünyanın çeşitli ülkelerinde meydana gelen doğal afetlerde (deprem, tsunami, sel felaketleri vb.) ilgili diğer kurumlarla (Kızılay, Başbakanlık Türkiye Acil Durum Yönetimi Genel Müdürlüğü, Başbakanlık TİKA Başkanlığı, Dışişleri Bakanlığı, Genelkurmay Başkanlığı) iş birliğinde afet bölgelerinde yaşayanlara gerekli uzman personel, ilaç, tıbbî malzeme ve tıbbî cihaz desteğinde bulunmaktayız.

Sağlıkta Stratejik Yönetim, Performans ve Kalite

Türkiye Sağlık Sistemi Stratejik Haritası





F. Sağlıkta Stratejik Yönetim, Performans ve Kalite

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 ilk olarak üst politika belgeleri ve stratejilerimizle uyumlu Bakanlığımız 2010-2014 Stratejik Planı’nı hazırladık. Stratejik plan doğrultusunda planın uygulamasına yönelik performans hedef, gösterge ve faaliyetleri içeren yıllık performans programları hazırladık. Türkiye Sağlık Sistemi Performans Değerlendirmesi kapsamında hazırlanan strateji haritası temel alınarak Bakanlığımız Strateji Haritasını oluşturduk. Haritada bulunan amaç ve hedefleri ölçebilecek göstergeleri belirledik.

F.1. Stratejik Harita

Stratejik harita ile stratejik planın ilişkisini kurarken stratejik haritayı, kritik başarı faktörleri, metotlar ve yüksek amaçlar olmak üzere üç bölümde yapılandırdık. Kritik başarı faktörleri olarak vekilharçlık, kaynaklar ve finansman fonksiyonunu ele aldık. Metotlar bünyesinde ise hizmet sunumu fonksiyonunu değerlendirdik. Stratejik planda, kritik başarı faktörlerini ve metotlarını hedefe yönelik stratejiler ile ilişkilendirdik.

Yüksek amaçlar içinde ise sağlıklı hayat tarzları ve çevre, etkili ve kapsamlı kişisel sağlık hizmetleri, mali katkıda hakkaniyet ile iyi sağlık düzeyini ele aldık. Yüksek amaçların “Stratejik Planla” ilişkisini kurarken ara hedefler ile hedef/alt hedef, nihaî çıktılar ile de stratejik amaç ve nihaî amaç bağlantısını oluşturduk.



F.2. Skor Performans Değerlendirme Sistemi

Skor Performans Değerlendirme Sistemi ile stratejik hedefler ve stratejik performans göstergelerinin hızlı ve kolay bir şekilde organizasyon içerisinde iletişimini sağlıyoruz. Üst yönetime, strateji haritasında bulunan stratejik hedeflerin detayına inerek birim performansına bağlı etkileri takip etme imkânını sunduk. Çalışanların ortak bir sisteme bağlanarak uygulama sürecinin başından itibaren birimleri ve kendileri ile ilgili tüm aşamaları izleyebilmelerine imkân veriyoruz.

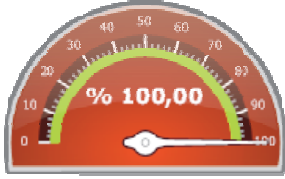
Sağlık Bakanlığı vizyon, misyon ve değerleri doğrultusunda sürekli ilerlemeyi sağlamak için vekilharçlık, hizmet sunumu, kaynak ve finansman olmak üzere dört perspektif, her bir perspektif için belirlenen üçer alt perspektif bazında Sağlık Bakanlığı stratejik hedeflerini belirledik; belirlenen 21 stratejik hedefin başarıyla başarılmadığını ölçmek için bu hedeflere bağlı 261 anahtar performans göstergesi tespit ettik ve bu göstergelerin birim bazında performans takibini yapabilmek adına göstergeleri birimler seviyesine indirmedik. Her bir göstergenin hedefe ve üst göstergeye etki oranlarını belirleyerek stratejik hedefin başarı seviyesini takip edebiliyoruz.

Tüm birimlerimizi performans karneleri bazında takip edebiliyoruz. Birim performans karneleri ile ilgili birimin göstergeleri, bu göstergelerin formülleri, ölçüm sıklıkları, hedef ve gerçekleşen değerleri, başarı yüzdeleri ve renkleri, periyodik performans trendleri ve var ise alt göstergelerin başarılarını izleyebiliyoruz. Strateji haritasından hedefler bazında o hedefe bağlı göstergelerinin başarı ya da başarısızlık kaynağını sistemde tanımlanmış en alt birime, pozisyona ya da kişiye kadar takip edebiliyoruz.

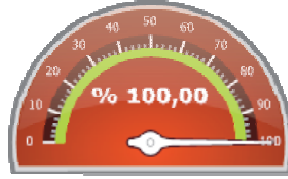
Gerek üst yönetimin gerekse çalışanların hedeflere ulaşılmasına etki eden faktörlerin bilgisine kolaylıkla ulaşabilmesini ve hedeflere ulaşılması için gerekli aksiyonları belirledik. Aksiyonları başarısızlık durumunda dönem sonu gelmeden harekete geçmek ve dönem sonunda ortaya çıkabilecek performans düşüklüğünü ara dönemde fark ederek engellemek amacı ile kullanılmaktadır. Bu kurgu çerçevesinde göstergenin başarılı bir şekilde performans dönemini tamamlayabilmesi için gerekli olan faaliyetleri, kaynakları gerçek zamanlı olarak karnelere tanımlayabilmekteyiz.

Üst yönetimin, Skor Performans Değerlendirme Sistemi ile kurumun performansını ve stratejik hedeflerin başarı düzeyini gerçek zamanlı olarak raporlar hâlinde takip edebilmesini sağlıyoruz.

Sağlık Bakanlığı - Stratejik Harita

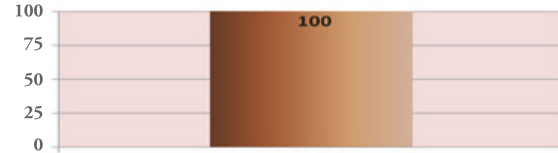


Gösterge Değeri
Performans Puanı: %100



Alt Gösterge
Performans Puanı: %100

Periyodik Performans Oranları



2011

Anahtar Performans Göstergesi	Hedef	Mevcut	Başarı	Sorumlu
Kent Merkezlerinde Acil Yardım Çağrılarına İlk 10 Dakikada Ulaşma Oranı	%93	%94	%100	Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Kırsal Alanda Acil Yardım Çağrılarına İlk 30 Dakika İçinde Ulaşma Oranı	%96	%96	%100	Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Tam Donanımlı Ambulans Sayısı	2.727	2.766	%100	Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Ambulans Uçak Sayısı	2	2	%100	Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Kar Paletli Ambulans Sayısı	194	224	%100	Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Deniz Ambulansı Sayısı	4	4	%100	Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Türkiye Sağlık Afet Planı	Evet	Evet	%100	Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Mobil Acil Sağlık Müdahale Ünitesi	35	44	%100	Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Ambulans Helikopter Sayısı	18	19	%100	Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü



Sağlık Bakanlığı Stratejik Yönetim ilkelerini Skor Performans Değerlendirme Sistemi Sağlık Bakanlığı Stratejik Yönetim ilkelerini Skor Performans Değerlendirme Sistemi ile destekleyerek;

- Sağlık Bakanlığı stratejilerinin anahtar performans göstergeleri bazında birimler seviyesine indirilerek iletişimine destek oluyoruz. Bu yolla tüm Sağlık Bakanlığı'nın aynı hedef ve amaçları özümseyerek hareket etmesini sağlıyoruz.
- Geleneksel performans değerlendirme teknikleri yerine sistemli ve adil bir değerlendirme şekli olan stratejik performans değerlendirme yapısına geçişi sağlıyoruz.
- Sağlık Bakanlığı stratejilerinin bütçe ile ilişkilendirilmesini sağlıyoruz.
- Birimlerin performans kriterlerine hakim olarak kendi performanslarını sistemli bir şekilde takip etme ve herhangi bir eksiklik ya da yanlışlık durumunda müdahale etme şanslarının oluşması ile birimlerin öncelikle kendi performanslarını değerlendirmelerini sağlıyoruz.
- Stratejik Yönetimde kurum içerisinde ortak bir dil oluşturuyoruz.
- Gelişime açık noktaları, ölçüm sonuçları ve aksiyonlar doğrultusunda anlık olarak gözlemleyip ilerleme ve gelişimimizin sürekliliğini sağlıyoruz.

F.3. Performansa Göre Ek Ödeme

Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesinde, hastanelerimizin ürettiği hizmetlerden elde edilen gelirlerden bu hizmette emeği geçenlere çok sınırlı bir katkı payı ödenmekteydi. Bu tür bir katkı payı ödemesi üretilen sağlık hizmeti ile doğrudan bir ilişki içinde olmadığı için sağlık hizmetinin verimliliği, kayıt altına alınması veya hizmetin karşılığının geri dönmesi sadece birkaç yöneticinin sorunu olmaktan öte gidememiş ve genel bir kayıtsızlık durumu oluşmuştu. Geçmiş uygulamada, teorik olarak temel maaşın yüzde 100'üne kadar katkı payı üst sınırı vardı ve bu sınıra bile yaklaşamıyordu. 2002 yılında uzman hekimler için katkı payı üst sınırı 2011 yılı rakamlarıyla 915 ₺, diğer sağlık hizmetleri sınıfı personel için ise yine 2011 yılı rakamlarıyla 281 ₺ idi. Yeni uygulama ile birlikte bu matrahlar farklı meslek ve çalışma biçimleri dikkate alınarak yüzde 150 ile 800 arasında değişmektedir. 2011 yılında uzman hekimler için katkı payı ortalaması 4.275 ₺, diğer sağlık hizmetleri sınıfı personel için ortalama 791 ₺ oldu. Sağlık çalışanlarını motive etmek, onların daha verimli işler yapmasını sağlamak ve kaliteli hizmet sunumunu teşvik etmek için ölçülebilir hizmet tanımlamaları yapılmak zorundadır. Performans yönetiminde bu amacı gerçekleştirmek için farklı performans ölçütleri üzerinde durulmaktadır. Hizmet sunulan insanların mutluluğunu sağlamak (Hasta Memnuniyeti), daha iyi bir sağlık düzeyi elde etmek, iyi tanımlanmış kaliteli bir sağlık hizmet sunum sürecine uymak, bu hizmeti sunmak için kullanılan altyapı, insan ve malzeme kaynaklarında tanımlanmış normları yerine getirmek bu ölçütlerin başlıcalarıdır.

Sağlıkta Dönüşüm Programında performans göstergelerinin belirleneceği ve performansa bağlı ödeme sistemleri geliştirileceği hükmü yer almaktadır. Bu doğrultuda geliştirilen yeni uygulama birçok açıdan değişiklikler getirmektedir. Öncelikle, yapılan işle kazanç arasında bir paralellik kurarak zamanın ve potansiyelin daha verimli kullanılabileceği bir sistem oluşturduk.



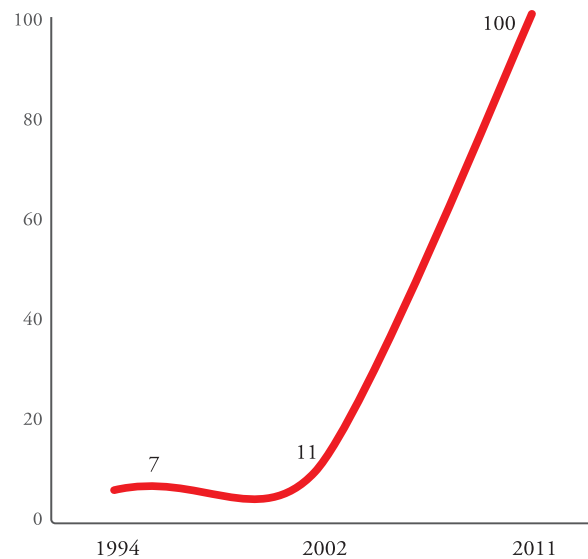
Bu uygulamanın ortaya koyduğu birinci husus, öncelikle hastanelerimizde yapılan hizmetlerin ölçülebilir hâle getirilmesidir. İkinci husus ise bu ölçülebilir hizmetlerin değerlendirilip hizmeti üretenlere yansıtılmasıdır. Eğitim hastanelerinde sadece hasta ile ilgili hizmetleri değil, asistan eğitimi ile bilimsel çalışma ve yayınları da performans ölçütleri olarak kabul ettik. Böylece asistan eğitimi ve bilimsel çalışmaları teşvik ettik.

Birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışanların bulunduğu yerin mahrumiyeti oranında ödüllendirilmesi ve koruyucu hekimlik uygulamalarının performans ölçütleri olarak öne çıkarılması bu uygulamanın önemli özelliklerindendir.

Vatandaşlarımızın artan hizmet talebi hekimlerin iş yükünü artırdı. Artan hasta yükünün üstesinden gelinmesinde bu uygulamanın büyük rolü oldu. 2003 yılı başında kamu hastanelerinde tam zamanlı çalışan uzman hekim oranı %11 iken bu uygulamalar sayesinde oran %100'e ulaştı. Böylece ülkemizde sayıca yetersiz olan hekimlerimizin kamu hastanelerindeki verimliliği artı. Yapılan işe karşılık ek ödeme anlamına gelen performansa dayalı ek ödemeyi, hizmet arzını ve verimliliği artıran bir teşvik aracı olarak uygulamaktayız.

- Hizmet talebinin karşılanmasında motivasyonu artıran önemli bir unsur oldu.
- Sistemdeki kaçakların kayıt içine alınması, malzemelerin ucuza temin edilmesi, israfın azalması performansa dayalı ödeme sistemini büyük ölçüde sübvansede etmektedir.
- Uygulama düzenli bir kayıt sisteminin oluşmasını sağladı. Hastanelerimizin %20'sinde otomasyon var iken bugün bu oran %100'dür.
- Bekleme süreleri önemli ölçüde azaldı.
- Vatandaşa ayrılan muayene süreleri artı.
- Bir üst kuruma sevk oranları makul seviyelere indi.
- Sağlık kuruluşlarının gelir-gider dengeleri hassasiyetle takip edilir hâle geldi.
- Halk arasında "bıçak parası" diye bilinen yanlış uygulama ile mücadelemiz kolaylaştı.

Grafik 38. Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Çalışan Tam Zamanlı Uzman Hekim Oranı, (%)



Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü



F.4. Yönetici Birim Performansı

Bakanlığımıza bağlı hastanelerde başhekim, başhekim yardımcısı, hastane müdürü, hastane müdür yardımcısı ve başhemşire olarak görev yapan yöneticilerin performanslarının ölçümüne yönelik olarak mali sürdürülebilirliği esas alan bir model geliştirdik ve Mart 2010 tarihinden itibaren uygulamaya koyduk. Geliştirdiğimiz bu modelde mali göstergelerin yanı sıra yöneticilerin görevlerini yerine getirirken dikkat etmeleri gereken bazı yeni idari öncelikleri de belirledik. Bu anlamda Yönetici Birim Performansı iki ana bölümün etkisi göz önüne alınarak değerlendirilmektedir. Birinci bölüm ana faktör olarak değerlendirilebilecek bölüm iken ikinci bölüm hastaneler ve yöneticiler arası farklılıkları ortadan kaldırmaya yönelik olarak ele alınan düzeltme faktörünü ihtiva etmektedir.

Ana faktörü oluşturan parametreler:

- Kurumsal dinamizmin bozulmaması ve daha iyi hizmet verilebilmesi adına personelin ek ödemelerinin düzenli ödenmesi,
- Sunulan hizmetlerde genel kabul görmüş kalite standartlarına uygun bir yapının oluşturulması ve korunması,
- Bakanlıkça belirlenmiş performans hedeflerinin yerine getirildiğini gösteren kriterlerdir.

Düzeltilme faktörünü oluşturan bazı parametreler:

- Hastanenin bulunduğu bölgenin gelişmişliği,
- Hastanenin yaşı,
- Hastanenin mali (ciro) büyüklüğü göstergeleridir.

Oluşturduğumuz bu modelde her ay düzenli olarak gerekli hesaplamalar yapılmakta, her yöneticinin performans katsayısı belirlenmekte ve belirlenen katsayılar yöneticilerin alacağı ücretlerle ilişkilendirilerek o ay alacağı ek ödemelerine yansıtılmaktadır.

Sonuçta hizmet kalitesi, sürdürülebilir borç yapısı, ek ödemelerin zamanında yapılmasının devamlılığı ile önceden belirlenmiş performans hedeflerinin yerine getirilmesi ve diğer parametreler bir bütünlük içinde ele alınarak sistematik bir değerlendirme modeli oluşturuldu. Bu göstergeler yöneticilerin önceliklerini de ortaya koydu. Türkiye’de bir ilk olan bu değerlendirme sistematığı önümüzdeki süreçte daha etkin ve daha olumlu sonuçların elde edilmesine katkı sağlayacaktır. OECD, 2008 raporunda oluşturulan modelden diğer ülkelerin elde edeceği önemli dersler olduğu ifade edilmiştir.



F.5. Kalite ve Akreditasyon

Sağlık Dönüşüm Programının ana hedeflerinden biri de sağlık hizmetlerinde sürekli kalite gelişimini sağlamaktır. 2003 yılında ülkemize özgü bir uygulama olarak performansa dayalı ek ödeme sistemini geliştirdik. İkinci bir aşama olarak da bu sisteme 2005 yılında sağlık hizmet sunumunda kaliteyi esas alan Kurumsal Performans ve Kaliteyi Geliştirme çalışması ile kalite boyutunu ekledik. Böylece sağlık hizmetine erişim, hizmet altyapısı, süreçlerin değerlendirilmesi, hasta memnuniyetinin ölçülmesi ve belirlenen hedeflere ulaşma derecesinin ölçümüne dayalı kapsamlı bir hastane değerlendirme sistemini hayata geçirdik.

Performans ve Kaliteyi Geliştirme çalışmasının en önemli parametresini kalite kriterleri oluşturmaktadır. Bu kriterleri uluslararası uygulamalar, ihtiyaçlar ve Bakanlık stratejimizi temel alarak hazırladık. 100 sorudan oluşan kalite kriterlerini, 2007 yılı başında yaptığımız revizyonla 150 sorudan oluşan bir set hâline getirdik. 2008 yılında yaptığımız yeni bir revizyonda ise bu kriterleri hem yapısal, hem dizayn hem de metodolojik açıdan yeniden düzenledik. Kalite kriterlerini, Hizmet Kalite Standartları adı altında toplam 354 standart ve yaklaşık 900 alt bileşenden oluşan yeni bir sete dönüştürdük. 2009 yılı içinde özel hastane ve üniversite hastanelerine yönelik olarak toplam 388 standart ve yaklaşık 1.450 alt bileşenden oluşan “Özel Hastaneler Hizmet Kalite Standartları”nı hazırlayıp yayımladık.

Hizmet Kalite Standartlarını hazırlarken pek çok değerlendiricinin, hastane kalite temsilcilerinin, farklı çevrelerden çeşitli uzmanların geri bildirimlerini, görüş ve önerilerini aldık. Ayrıca, ulusal ve uluslararası kaynaklar doğrultusunda farklı kurumsal yapılanmalar, problemler alanlar ve ülke koşullarını da dikkate aldık.

Hizmet Kalite Standartları ile birlikte şartlarını yayımladığımız rehberler, sağlık hizmeti sunucularına uygulamalarda yol gösterici olduğu gibi uygulamaların yerinde değerlendirilmesi aşamasında da bir çizelge fonksiyonu görmektedir.

Ayrıca dünyada çeşitli ülke örnekleri incelendiğinde, sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılmasına yönelik yapılan çalışmaların artık daha çok ulusal kalite ve akreditasyon sistemleri üzerinden yürütülmekte olduğunu görmekteyiz. Ülkelerin sağlık sistemlerinin ihtiyaçları, öncelikleri, farklı beklentileri ve uluslararası akreditasyon sistemlerinin getirdiği mali yük gibi sebepler dünyada pek çok ülkenin sağlıkta ulusal bir kalite sistemi kurmasına sebep oldu. Bu bağlamda sağlıkta ulusal kalite sistemine sahip ülkeler arasında İngiltere, Kanada, Fransa, Danimarka gibi gelişmiş ülkeleri görmek mümkündür.

Ülkemizde de sağlıkta ulusal bir kalite sistemi oluşturulurken kamu ve özel hastaneler iki farklı standart seti ile değerlendirilmekteydi. Ancak sağlık kurumlarını kamu, özel ve üniversite olarak ayırmadan hizmet standardizasyonunda yakınlık sağlamak, kurumlar arası deneyim paylaşımı için zemin hazırlamak ve sağlıkta ulusal kalite sisteminin kurulması amacıyla kamu, üniversite ve özel hastanelerde pilot çalışmalar yapılarak tüm kurumları kapsayacak şekilde “Hastane Hizmet Kalite Standartları”nı hazırladık.



F.6. Hastane Hizmet Kalite Standartları

Ülkemizdeki tüm sağlık kurumlarını kapsayan “Hastane Hizmet Kalite Standartları” setinde yer alan standartları hazırlarken bilimsel bir yöntem izlemeyi hedefledik. Bu kapsamda aşağıda yer alan hususları gözettilik.

Standartların kurum içinde değerlendirilmesi, birbiri ile ilişkilendirilmesi ve kurumun tüm bölümlerini kapsamaları için boyutlandırma yapısının geliştirilmesi;

- Standartların bu boyutlandırma yapısına göre hazırlanması ve dizayn edilmesi
- Belirlenen standartların geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarının yapılması
- Standartların izlenebilirliği ve analizi için özgün bir kodlama sisteminin geliştirilmesi
- Standartların puanlandırılmasının belli bir kural ve stratejiye göre yapılması
- Tanımlar dizininin oluşturulması
- Bilgilendirme tablolarının oluşturulması

A. Boyutlandırma Yapısının Geliştirilmesi

Boyutlandırma sisteminde, standartlar dikey ve yatay olmak üzere 5 boyuttan oluşan bir model üzerine yerleştirdik ve kurumun tüm bölümlerini kapsayacak şekilde dizayn ettik. Dikey boyutlarda; Kurumsal Hizmet Yönetimi, Sağlık Hizmeti Yönetimi, Destek Hizmeti Yönetimi, İndikatör Yönetimi yer alırken yatay boyutta ise Hasta ve Çalışan Güvenliği bulunmaktadır. Bu şekilde ülkemize özgü bir boyutlandırma yapısı geliştirdik.





B. Standartların Hazırlanması

Standartları hazırlarken mevcut kamu ve özel hastanelerde hizmet kalite standartları başta olmak üzere, ulusal ve uluslararası kaynakları inceleyerek; ülke ihtiyaçlarını, ülke koşullarını dikkatle alarak stratejik hedeflerimizi göz önünde bulundurduk. Bununla birlikte sahada çalışan değerlendiriciler, hastane kalite temsilcileri ve çeşitli uzmanların geri bildirimleri, görüş ve önerilerini aldık ve nihayetinde bugüne kadar edindiğimiz tecrübeleri de kullanarak son derece titiz bir çalışma ile standartları pilot çalışmaya hazır hâle getirdik. Ayrıca niteliksel olarak standartların hasta ve çalışan güvenliği ekseninde olmakla birlikte israfı önleyen, maliyet-etkin, verimliliği ve memnuniyeti önceleyen bir kavramsal bakış açısıyla hazırlanmasını esas aldık.

C. Standartların Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması

Geliştirdiğimiz standartların hastanelerde uygulanabilirliğini ve anlaşılabilirliğini değerlendirmek amacıyla farklı illerden, farklı hastane türünden ve farklı sektörlerden 24 hastanede pilot çalışmalar yaparak standartların geçerlilik ve güvenilirliklerini test ettik.

D. Kodlama Sisteminin Geliştirilmesi

Standartların hastanelerde karşılanma derecesinin belirlenmesinde istatistikî bir kayıt oluşturmak ve standartlara bir kimlik kazandırarak izlenebilirliğini sağlamak amacıyla kodlama sistemi geliştirdik ve standartları bu sisteme uygun olarak düzenledik. Bu yolla standartlara verdiğimiz kodlar, verinin işlenmesine ve hastaneler arasında bir kıyaslamanın yapılmasına da imkân sağlayacaktır. Kodlama ayrıca dikey ve yatay boyutlara sahip olan standartların ilgili boyutları hakkında da kullanıcılara pratik bir bilgi sağlayacaktır.

E. Puanlama Sisteminin Geliştirilmesi

Hazırladığımız standartların puanlanması için bir sistem geliştirdik. Bu sistemde belli bir kural ve stratejiye göre puanlama yapılarak standartlar arasında birbiriyle kıyaslanma ve standartları belli bir kategorizasyona dâhil ederek puanlamada bütüncül, dengeli ve ağırlıklı bir dizayn yapılmasını sağlandık.

F. Tanımlar Dizininin Oluşturulması

Hazırladığımız standartların uygulama ve değerlendirme sürecinde uygulayıcılar ve değerlendiriciler arasında ortak bir dil oluşturulması amacıyla tanımlar dizini oluşturduk.

G. Bilgilendirme Tablolarının Oluşturulması

Standartların uygulanması aşamasında kurumun özelliğinden ve/veya uygulamasından dolayı kurumda geçerliliği olmayan standartları belirledik. Bu standartları değerlendirme sürecinde puanlandırmıyoruz.



H. Sonuç

Bu standartlar hazırlanırken bilimsel bir metodoloji izledik. Bu metodoloji içinde yer alan boyutlandırma, standart hazırlama, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, kodlama, puanlama, tanımlar ve bilgilendirme tabloları özgün bir standart setinin oluşturulmasını sağlayarak standartların özgünlüğü itibarıyla bu çalışmaya ilk olma özelliği de kazandırdı. Titiz bir çalışma sonucu hazırlanan ve şu an yayımlanmış olan bu standart setinde eskiye nazaran hem etkinlik hem nitelik hem de uygulanabilirlik açısından büyük bir gelişim sergilendi. Bu çalışmalar sonucunda bu standart setinde toplam 295 standart ve 1.058 değerlendirme ölçütü yer almaktadır. Hastane değerlendirmesinde ise 480 standart ve 1.640 değerlendirme ölçütü kullanılmaktadır.

Türkiye sağlık sisteminde; amacı, hizmetin kalitesini artırarak toplum sağlığını geliştirmek olan, tüm hizmet sunucuları için aynı yüksek kalitede hizmeti hedefleyen ve aynı değerlendirme sistemi ile kurumları periyodik olarak değerlendiren, sürekli iyileştirmeyi hedefleyen, çalışan güvenliği ve çalışanın yararını en az hasta güvenliği ve hastanın yararı kadar önemseyen ve ayrıca üst otoritenin rehberlik ve önderlik fonksiyonunu üstlendiği bir sistem oluşturulması yönünde büyük mesafeler kat ettik. Bilimsel ve doğru bir metodoloji izleyerek hazırladığımız ve gelişim sürecinde de aynı titizliği gösterdiğimiz bu çalışmalarda “Hastane Hizmet Kalite Standartları”nın etkinliği ve kabul edilebilirliği artmakta ve tüm paydaşların sahiplendiği ortak bir ürün olarak karşımıza çıkmaktadır. Sonuçta Sağlıkta Ulusal Kalite Sisteminin ana eksenini oluşturan “Hastane Hizmet Kalite Standartları” hem ülkemize özgü oluşu hem de uluslararası çalışmaların sentezini bünyesinde barındırması ile sağlık sektörüne çok önemli katkılar sunmaya devam edecektir.

Yaptığımız bu çalışmalar sonucunda sahip olduğumuz Ulusal Kalite Sistemi gelişime açık olup bugüne kadar olduğu gibi bundan sonra da; bilimsel çalışmalar, teknolojik gelişmeler, geri bildirimler, deneyimler ve ülke ihtiyaçları, süreç içinde bu çalışmaları besleyen ve zenginleştiren unsurlar olacaktır.



Örnek Standartlar:

STANDARTLAR

KURUMSAL HİZMET YÖNETİMİ YÖNETİM HİZMETLERİ

Kalite Yönetim Birimi bulunmalıdır.

Kalite yönetim direktörü belirlenmelidir.

Kalite yönetim biriminin çalışma ofisi olmalıdır.

Kalite yönetim birimi;

- HKS çerçevesinde yürütülen çalışmaların koordinasyonunu sağlamalı,
- Bölüm hedeflerine yönelik, bölüm tarafından yapılan analiz sonuçlarını değerlendirmeli,
- Öz değerlendirmeleri yönetmeli, o hasta ve çalışan anket sonuçlarını değerlendirmeli,
- HKS çerçevesinde hazırlanan;

Yazılı düzenlemeleri kontrol etmeli,

Yazılı düzenlemelerin revizyonunu takip etmeli,

- Hizmet sunumuna yönelik istatistiki bilgileri değerlendirmeli,
- HKS çerçevesinde belirlenen komitelere üye olarak katılmalıdır.

Hasta Güvenliği Komitesi bulunmalıdır.

Hasta Güvenliği Komitesinde;

- Tıbbî, idari ve hemşirelik hizmetleri yöneticilerinden birer temsilci, kalite yönetim direktörü, cerrahi branş uzmanı, dâhili branş uzmanı, laboratuvar branş uzmanı, anesteziyoloji ve reanimasyon branş uzmanı, hastane bilgi sistem sorumlusu ve eczacı yer almalıdır.

Komitenin görev alanı asgari;

- Hastaların doğru kimliklendirilmesi,
- Çalışanlar arasında etkili iletişim ortamının sağlanması,
- Güvenli ilaç uygulamalarının sağlanması,
- Transfüzyon güvenliğinin sağlanması,
- Radyasyon güvenliğinin sağlanması,
- Düşmelerden kaynaklanan risklerin azaltılması,
- Güvenli cerrahi uygulamalarının sağlanması,
- Tıbbî cihaz güvenliğinin sağlanması konularını kapsamalıdır.



STANDARTLAR

Çalışan güvenliği komitesi bulunmalıdır.

Çalışan Güvenliği Komitesinde;

- Tıbbî, idari ve hemşirelik hizmetleri yöneticilerinden birer temsilci, kalite yönetim direktörü, bir hekim, enfeksiyon hemşiresi, güvenlik amiri, psikiyatrist veya psikolog veya sosyal hizmet uzmanı ve diğer meslek gruplarından (laboratuvar teknisyeni, anestezi teknisyeni, radyoloji teknisyeni) bir temsilci yer almalıdır.

Komitenin görev tanımı asgari;

- Çalışan personelin zarar görme risklerinin azaltılması,
- Riskli alanlarda çalışanlara yönelik gerekli önlemlerin alınması,
- Fiziksel ve psikolojik şiddete maruz kalınma risklerinin azaltılması,
- Kesici delici alet yaralanma risklerinin azaltılması,
- Kan ve vücut sıvılarıyla bulaşma risklerinin azaltılması,
- Sağlık taramalarının yapılması konularını kapsamalıdır.

Düzenli aralıklarla toplanmalıdır.

Gerektiğinde düzeltici-önleyici faaliyetleri başlatmalıdır.

Çalışanlara konu ile ilgili eğitim düzenlemelidir.

El hijyenini sağlamaya yönelik eğitim programı hazırlanmalıdır.

Yılda en az bir kez çalışanlara eğitim verilmeli,

- Eğitimler meslek gruplarına göre düzenlenmelidir.

El hijyeni eğitimi;

- El hijyeninin önemi,
- El hijyeni endikasyonları,
- El hijyeni sağlama yöntemleri,
- Eldiven kullanımı ile ilgili kuralları,
- El antiseptikleri ile ilgili genel bilgileri,
- Alkol bazlı el antiseptikleri ile ilgili alınması gereken güvenlik önlemleri konularını kapsamalıdır.

Çalışanlara hastane bilgi sistemi üzerinden el hijyenini hatırlatan uyarıcı mesajlar gönderilmelidir.

El hijyenini sağlamaya yönelik malzeme bulunmalıdır.

Sağlık hizmeti sunulan alanlarda alkol bazlı el antiseptikleri bulunmalıdır.

Her yatak başında alkol bazlı el antiseptik solüsyonları bulunmalıdır.

El hijyeni uyumunun değerlendirilmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

El antiseptik solüsyonu iç istemleri her bölüm için düzenli olarak üç ayda bir takip edilmeli,

- Bölümlerde el antiseptik solüsyonlarının yeterli kullanılmadığı tespit edildiğinde iyileştirme faaliyetleri yapılmalıdır.

“5 Endikasyon Kuralı Gözlem Formu” ile çalışanlar üzerinde haberli gözlem yapılmalı,

- Gözlemler her üç ayda bir yapılmalı,
- Gözlemler asgari yoğun bakım ve kliniklerde yapılmalı,
- Gözlemler yoğun bakımlarda sağlık çalışanlarının tamamını kliniklerde ise en az %10'unu kapsamalıdır.



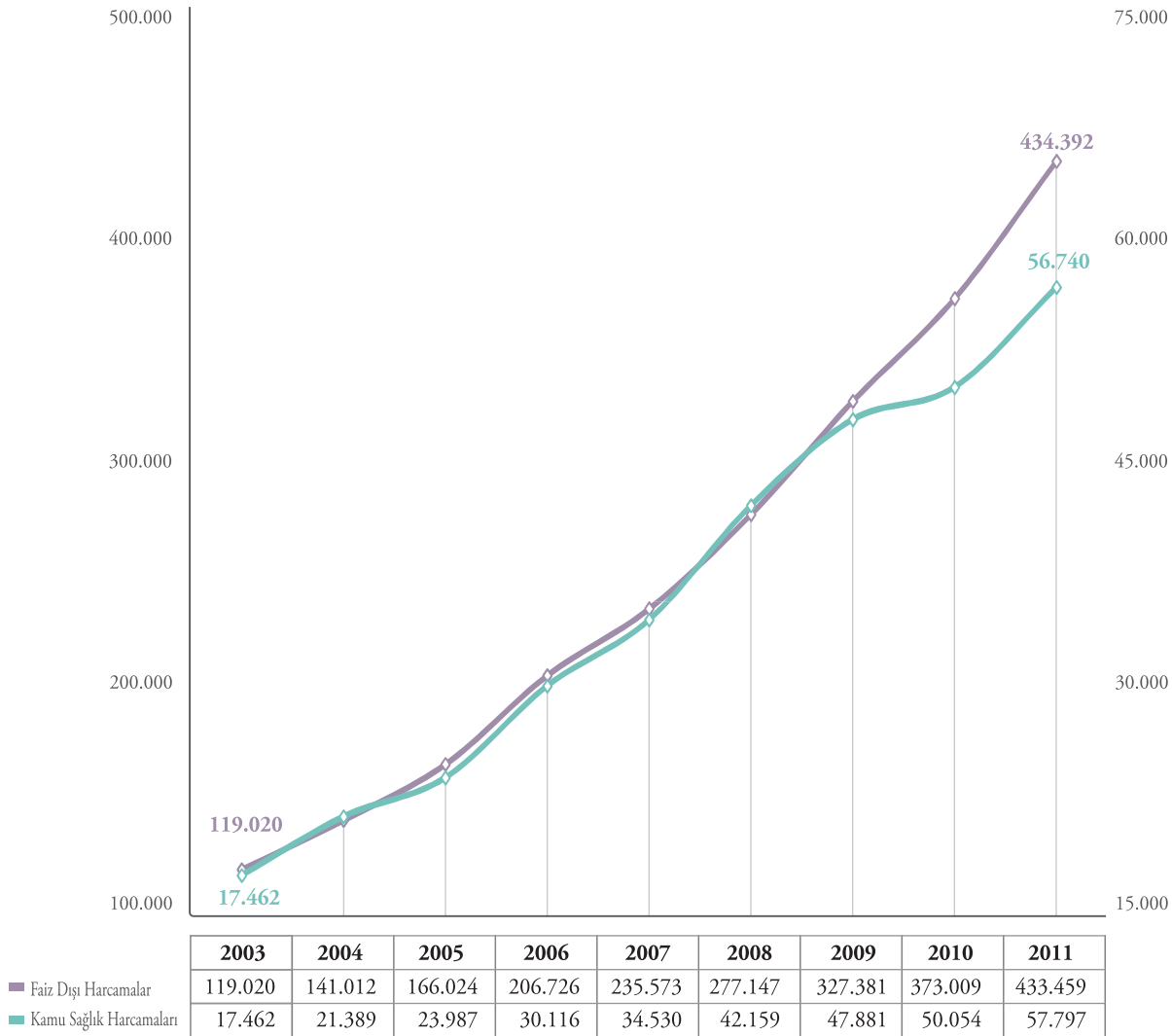
G. Sağlıkta Finansal Yönetim

G.1. Sağlık Harcamaları

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

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile kaynakları optimum kullanarak etkili, verimli ve hakkaniyetli bir sağlık sistemi oluşturduk.

Grafik 39. Faiz Dışı Genel Kamu Harcamaları ve Kamu Sağlık Harcamalarının Artış Eğilimleri



Kaynak: TÜİK, Maliye Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı

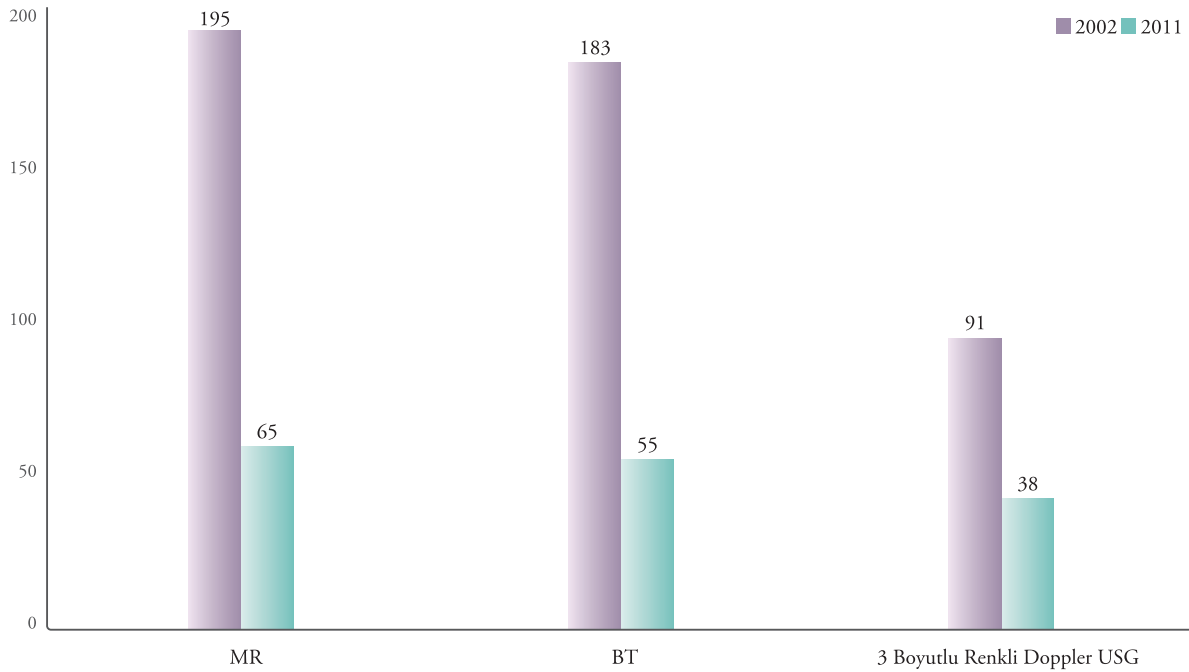


2003-2011 yılları arasında faiz dışı genel kamu harcamalarındaki artış %265 iken kamu sağlık harcamalarındaki artış %225'tir. Tablodaki rakamlar Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte sağlık harcamalarının aşırı artışı iddialarının doğru olmadığını göstermektedir. Üstelik, 2003 yılında ilaç ve tedavi masraflarını kendi cebinden karşılayanların oranı %32,1 iken 2011 yılında bu oran %11,1'e düşürdük.

Ülkemizde kişi başına ortalama hekime müracaat sayısı son dokuz yılda 2,6 katına çıktı. Bu tablonun oluşmasında Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde vatandaşlarımızın ilaç ve sağlık hizmetine ulaşımındaki engellerin kaldırılmasının büyük etkisi vardır.

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

Grafik 40. Radyolojik Görüntüleme Fiyatları, (2011 Rakamları ile ₺)



Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

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



A. Orta Vadeli Mali Program

Orta Vadeli Mali Program; kamu kaynaklarının etkili, ekonomik ve verimli bir şekilde kullanılmasını, hesap verebilirliği ve mali saydamlığı sağlamak üzere düzenlenen programdır.

Orta Vadeli Mali Programın Amacı:

- Kaynak tahsisini stratejik amaçlar doğrultusunda belirlemek,
- Türkiye'nin son yıllarda ekonomi ve sosyal alanda kat etmiş olduğu gelişmelerin sürdürülebilirliğini garanti altına almak,
- Makro politika öncelikleri kapsamında gelişen sektörlere tutarlı amaç ve politikalar sunmaktır.

Gelişmeye ve değişime açık bir yapı arz eden ve üç yıllık perspektife sahip olan program, yıllık uygulamaların sonuçları ve ülkedeki değişimleri dikkate alarak her yıl yenilenmekte; program uygulamaları ile programı etkileyebilecek gelişmeler izlenerek değerlendirilmektedir. 2009 finansal krizi ve sonrasında başarı ile idare eden ekonomi maliye ve planlama yönetimi sayesinde Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın finansal sürdürülebilirliği başarı ile devam etmektedir.

Bu programın sağlıkla ilgili kısmı ise sağlık hizmetlerinin kalitesinin artarak devam etmesi ve finansal sürdürülebilirliğin garanti altına alınmasıdır. Bu program ile kamu sağlık harcamalarına ait üç yıllık bir bütçe ortaya koyuldu. Böylece kaynakların sektörler tarafından optimum kullanımı sağlanacaktır.

B. Sağlık Harcamalarının Takibi

Kamu kaynaklarının etkin ve verimli kullanılmasına yönelik alınacak tedbirler arasında sağlık hizmetlerinde kalite maliyet etkinliğinin sağlanması amacıyla sağlık harcamalarının sistematik olarak izlenmesi, değerlendirilmesi ve gerekli stratejilerin geliştirilmesini sağlamaya yönelik olarak Hükümet olarak Sağlık Harcamaları İzleme ve Değerlendirme Komisyonunu kurduk. Bu komisyon tarafından sağlık harcamalarının gelişimine ilişkin analizler yapılmakta ve bu analizler sonucunda gerek duyulması hâlinde yeni politikalar belirlenmektedir.

G.2. Global Bütçenin Yönetimi

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 harcamalarını 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. Ve 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.

Öte yandan geri ödeme kurumlarında fatura inceleme işlemleri çok büyük iş yükü oluşturmaktaydı. Faturaları zamanında incelemek neredeyse imkânsız hâle gelmişti.

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. Diğer taraftan protokolde belirlenen toplam tutar; ay bazında belirlenen Yeşil Kart ödeneklerinde ödeneğin serbest bırakılması, SGK ödemesinde ise peşin olarak ödenmesi sistemi ile gerçekleştirilmektedir.
- Global Bütçeyi Aşan Alacakların Tespit Edilmesi ve Terkini: Her yıl, global bütçe ile sağlanan mutabakat gereği tespit olunan ödeme tutarını aşan miktarın terkin edilmesini sağlamak üzere Bakanlar Kurulu Kararı çıkarılmaktadır. Çıkarılan Bakanlar Kurulu Kararına dayanılarak global bütçeyi aşan hizmet bedellerinin terkin edilmesine ilişkin usul ve esas imzalanmakta ve bu tutarlar Sağlık Bakanlığı Hastanelerinin alacaklarından terkin edilmektedir.



2004-2011 yılları arasında Bakanlığımız kurumlarının Sosyal Güvenlik Kurumuna (Yeşil Kart dâhil) verdiği hizmetin bedeli 111 milyar ₺ civarında iken bu bedelin 95 milyar ₺'si tahsil edildi.

Bakanlığımız kurumlarının Sosyal Güvenlik Kurumuna verdiği hizmet bedelinin son 8 yılda terkin oranı yaklaşık %14'tür.

C. Birinci Basamakta Global Bütçe Uygulaması

08/03/2007 tarih ve 5597 sayılı 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 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.

Yine aynı şekilde;

- Posta giderlerinde,
- Bu işlemlerle ilgilenen personelin mesailerinde,
- Sağlık personelinin, kırtasiyecilik işlemlerinden kaynaklanan gereksiz zaman kaybında,
- Geri ödeme kurumlarında yapılan inceleme işlemlerinin bitmesinden dolayı buradaki iş gücünde çok büyük tasarruf söz konusudur.



D. Global Bütçenin Hastanelere Dağıtımı

İşletmelerimizi finansal açıdan rahatlatmak için global bütçe ile belirlenen ödeneklerin planlamalarını yapmaya başladık. Daha önce sadece fatura üretimini dikkate alan planlamalar yapılmaktaydı. Bunun yerine, hastanelerimizin personel yükü, hizmet verdiği alan büyüklüğü, ayaktan ve yatan hasta sayıları gibi birçok parametreyi göz önünde tutarak tespit ettiğimiz oranlara göre planlama yaklaşımına geçtik.

Bu parametreler;

- **Ayaktan Hasta Geliri:** Sadece ayaktan hasta muayenesi ile gelir elde eden kurumlarımızın tahakkukunun %75'ini tahsil etmeleri, asgari giderlerini karşılamaktadır. Bundan dolayı ayaktan hasta muayenesi ile oluşan tahakkukun tahsilata oranı %75 olarak uygulanmaktadır.
- **Yatan Hasta Geliri:** Yataklı tedavi kurumlarımızın tahakkukunun %90'ını tahsil etmeleri, asgari giderlerini karşılamaktadır. 2011 yılı global bütçesinde tahsilatın tahakkuka oranı %90 olacağından bu oran yatan hasta gelirine aynen yansıtılmaktadır.
- **Personelin Kuruma İlave Yükü:** Bu parametre, döner sermayeden çalıştırılan personel giderlerinin kurumlar arasında oluşturduğu dengesizliğin azaltılması amacıyla uygulanmaktadır.
- **Kapalı Alan Gideri:** Kapalı alana bağlı giderlerden dolayı (elektrik, kira, yakıt vb.) kurumlar arasında oluşan dengesizliğin düzeltilmesi amacıyla uygulanmaktadır.
- **Bina Bakım - Onarım Gideri:** Bu parametre bina bakım-onarım giderlerinin oluşturduğu dengesizliğin giderilmesi amacıyla uygulanmaktadır.
- **Çerçeve Alımı Yapılması:** Çerçeve alımı yapmak üzere görevlendirilmiş hastanelerin teşviki amacıyla uygulanmaktadır. Bu kurumlara tahakkukunun %1'i kadar ilave tahsilat sağlanmaktadır.
- **Satın Alma Yönünden Bağlılık:** Başka kurumların satın alma işlemini yürüten hastanelerin teşviki amacıyla uygulanmaktadır. Bu kurumlara bağlı hastane başına tahakkukunun binde 2'si kadar ilave tahsilat sağlanmaktadır.
- **B1 Tipi 112 Entegre İstasyonu:** B1 tipi entegre 112 istasyonları, verdikleri hizmetten dolayı ilave bir gider oluşturduğundan istasyonların entegre edildiği kurumları desteklemek için tahakkuklarının %1'i kadar ilave tahsilat sağlanmaktadır.
- Aralık 2010'dan itibaren Bakanlığımızca geliştirilen Teşhisle İlişkili Gruplar (TİG) uygulaması dikkate alınarak yapılmaktadır.
- **Stok Kayıt Düzeni:** Kurumun stok kayıtlarının düzensiz ise tahakkukunun %1'i kadar kesinti yapılması öngörüldü.
- **Hastane Rollerine Uyum:** Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğünce belirlenen hastane rollerine uyum gösteremeyen kurumlardan tahakkukunun %1'i kadar kesinti yapılması öngörüldü.



G.3. Finansal Standart Geliştirme ve Düzenleme İşlemleri

A. Personel Ağırlıklı Hizmet Alımlarında Çalıştırılabilecek İşçi Sayısının Tespiti

Hizmet alımları kapsamında çalıştırılabilecek işçi sayısının tespitinde, Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde geliştirilen yeni sağlık hizmeti sunumu modeline uygun, gelire, hizmet sunumuna, hasta potansiyeline, hizmet sunulan mekânın büyüklüğüne, kadrolu ve/veya sözleşmeli olarak çalışan mevcut personel sayısına göre değişebilen dinamik bir sistemi uygulamaya başladık.

Bu düzenleme ile kurumlarımızın işçi sayısı tespitine yönelik kurumun performansını ve hizmet sunumunu etkilemeyen sınırlamalar getirdik.

Hizmet alımları kapsamında çalıştırılacak işçi sayısının, belirlenen yeni kriterler doğrultusunda sağlıklı bir şekilde hesaplanabilmesi ve bu hesaplamanın Bakanlık veya il düzeyinde izlenebilmesi amacıyla web tabanlı “İşçi Sayısının Tespit ve Takip Sistemi” programını geliştirerek kurumlarımızın kullanımına sunduk.

Kurumlarımız bu program üzerinden, bağlı bulundukları kriterler ve gösterdikleri performanslarına göre çalıştırabilecekleri işçi sayısını, altı aylık periyotlarla belirlemektedir. Bu veriler anında Bakanlık, il sağlık müdürlüğü ve kurumlar tarafından kontrol ve takip edilebilmektedir. Ayrıca bu sistem üzerinden kurumlarımızda hizmet alımının konusuna göre kaç personel çalıştırıldığı, bu personelin öğrenim durumları ve verilen ücretler gibi bilgilere de anında ulaşılabilir.

**B. Personel Ağırlıklı Hizmet Alımlarında Yüklenicilere Verilecek Kar Oranı**

Kamu İhale Kurumu'nca yayımlanan Hizmet Alımı İhaleleri Uygulama Yönetmeliği hükümlerine göre personel ağırlıklı hizmet alımlarında işin niteliğine göre %20 oranını geçmemek üzere yüklenicilere verilecek kâr oranını belirleme yetkisi idarelerin takdirine bırakıldı.

2009 ve 2010 yıllarında yapılan düzenlemelerle Bakanlığımıza bağlı kurumların yapmış olduğu personel ağırlıklı hizmet alımlarında yüklenicilere verilebilecek azami kar oranını önce %8 ile daha sonra ise %5 ile sınırlandırdık. 2011 yılında da azami kar oranını %5 olarak uyguladık.

Tablo 22. İşçi Sayısı Tespit ve Takip Sisteminde Yapılmış Örnek Bir Hesaplama

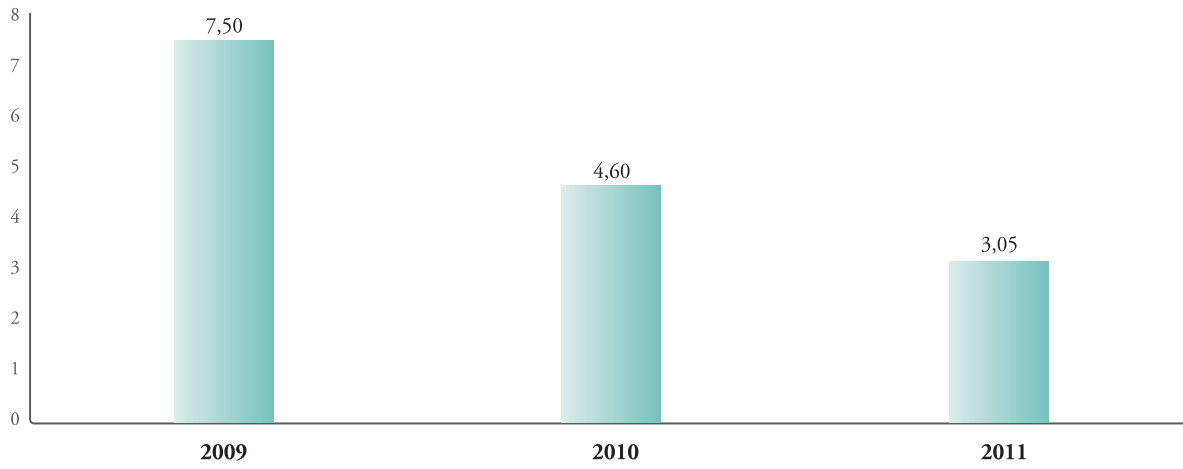
..... Devlet Hastanesi "2011-2 Dönemi"			
Kurum Parametreleri	Veriler	Katsayı	İşçi Sayısı
Kurumun Yatak Sayısı	176	4	446
Yatak İşgal Oranı (%)	66,64		
Kurumun Kapalı Alanı (m ²)	14569	500	
Kurumun Geliri	32.189.471		
Kurumun Kurumsal Performans Katsayısı	96	550.000	86,6
Kurumun Yatan Hasta Sayısı	14.565	500	29,1
Kurumun Poliklinik Muayene Sayısı	478.579	9500	50,4
Kurumun Acil Poliklinik Muayene Sayısı	266.059	8500	31,3
Kurumun Poliklinik Oda Sayısı	56	2	28
Kurumun A Grubu Ameliyat Sayısı	207	500	0,4
Kurumun B-C Grubu Ameliyat Sayısı	4.394	1000	4,4
Kurumun D-E Grubu Ameliyat Sayısı	7.996	2000	4
Kurumun Yoğun Bakım 1. Seviye Yatak Sayısı	16	7	2,3
Kurumun Yoğun Bakım 2. Seviye Yatak Sayısı	5	5	1
Kurumun Yoğun Bakım 3. Seviye Yatak Sayısı	0	3	0
Kurumun Doğum Sayısı	1.764	1000	1,8
Kurumda Kadrolu ve/veya Sözleşmeli olarak Çalışan Personel Sayısı (Sağlık Personeli Hariç)	64	-0,67	-42,9
Mevcut Çalışan İşçi Sayısı :			246
Çalıştırılabilecek En Fazla İşçi Sayısı :			255
Fark :			-9

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü



Yapılan bu düzenlemelerden sonra 2009 yılında ortalama %7,5 ve 2010 yılında %4,6 olarak gerçekleşen kar oranını 2011 yılında %3,05'e düşürdük.

Grafik 41. Sağlık Bakanlığı Kurumları Hizmet Alımları Ortalama Firma Kâr Oranları, (%)



Kaynak: Strateji Geliştirme Başkanlığı

Bu düzenleme sayesinde 2011 yılında Sağlık Bakanlığı'nı yaklaşık 60 milyon ₺ mali yükten kurtardık.

C. Hizmet Alımları Kapsamında Çalıştırılan İşçilere Öngörülecek Ücretler

Kamu İhale Kurumu'nca yayımlanan ikincil mevzuata göre personel çalıştırılmasına dayalı hizmet alımı ihalelerinde çalıştırılan işçilere brüt asgari ücret üzerinden bir ödeme yapılmaktadır. Alınan hizmetin niteliği gereği asgari ücretin üzerinde bir ücret öngörülmesi ise ihale dokümanı ve sözleşmelere gerekli hükümlerin konulması kaydıyla idarelerin takdirine bırakıldı.

Bakanlığımıza bağlı kurumların (aynı ilde bulunan kurumların dahi) farklı farklı ücret belirlemeleri, bazı kurumların ise azami derecede bu ücreti belirlemeleri çalıştırılan işçiler arasında eşitsizliğe ve huzursuzluğa neden oldu, bazı kurumların ise mali yüklerini önemli derecede artırdı.

Kurumlarımız arasında uygulama birliğinin sağlanması, çalıştırılan işçilere hizmetin konusuna, öğrenim durumuna ve almış olduğu sertifikalara göre adaletli bir ücret öngörülmesi için gerekli düzenlemeleri yaptık.

D. Ödeme Zamanının Belirlenmesi ve Ödeme Süreçlerinin Düzenlenmesi

İhtiyaçların uygun şartlarla karşılanması ve kaynakların verimli kullanılmasını sağlayan en önemli etkenlerden biri de ödemelerin idare tarafından ne zaman yapılacağının tedarikçiler tarafından bilinmesi ve bu ödemelerin gecikmeksizin yapılması hususudur.



Yaptığımız düzenlemelerle; ihale dokümanlarında mutlaka ödeme zamanının belirtilmesini, kurumun gelir gerçekleştirmeleri ve nakit akışları doğrultusunda ödeme zamanının azami 90 günü geçmemesini, mali durumu iyi olan kurumların erken ödeme zamanı belirlemelerini, muayene ve kabul işlemleri ile tahakkuk süreçlerinde gecikmeye mahal verilmeden ödeme evraklarının ilgili saymanlıklara süratle intikal ettirilmesini sağladık.

Vatandaşlarımızın ihtiyaçlarının sağlık işletmelerince karşılanması ve böylece memnuniyetin en üst düzeye ulaştırılması amacıyla kaliteli ürün temini, düşük stok düzeyi ve düşük maliyeti temel alan stok uygulamalarını başlattık.

G.4. Stok Yönetimi Kapsamında Başlattığımız Yeni Uygulamalar

A. Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemi Uygulamaları (MKYS)

MKYS, Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatında yer alan birimlerin sahip oldukları kaynakların (ilaç, tıbbî cihaz, tıbbî sarf malzemeleri ve demirbaş) verimli kullanımı ve güncel olarak takibini sağlamak üzere geliştirilen merkezi web tabanlı bir yönetim bilgi sistemidir.

MKYS, içerisinde kaynak kullanımı ve takibine yönelik birçok modüler yapı bulunmaktadır. Geliştirdiğimiz bu model ile Envanter Bilgi Sistemi, Malzeme Girişi, Ambar (Depo) Bilgi Sistemi, Dayanıklı Taşınır Bilgi Sistemi, Ulaşım Araçları Bilgi Sistemi, Tıbbî Cihaz Bilgi Sistemi, Firma Bilgileri ve Sağlık Ocakları Malzeme İşlemleri gibi birçok modüler yapıyı içeren kombine bir kaynak yönetim sistemi oluşturduk.

2008 yılından itibaren uygulanmakta olan bu sistem ile mali mevzuat gereğince hazırlanması gereken birçok defter, belge ve cetvelleri elektronik ortamda hazırlanır hâle getirdik. Ayrıca birimlerimizce yapılacak iş ve işlemlerdeki hesap verilebilirliğe ilişkin kayıt ve raporlamaları sistem tarafından otomatik olarak gerçekleştirip, olası hata ve riskleri en düşük seviyeye çektik.

MKYS uygulamasından önce tüm kamu idarelerinde olduğu gibi Bakanlığımıza bağlı kurumlarda da taşınırlara ait her türlü kayıt ve hesap işlemleri defter kayıtları üzerinden ayniyat görevlilerince takip edilmekteydi.

Bu doğrultuda bir kurumun mal varlığı ile tüketim ve stok durumları gibi mali yapısına ilişkin veriler ancak dönem sonlarında hesapların kapatılması ile elde edilebilmekteydi.

Ayrıca herhangi bir kurumun mal alımlarının ayrıntılı olarak incelenmesi veya daha önce alımı yapılan kalemlerin hangi birimlere çıkış yapıldığının öğrenilmek istenmesi durumunda; bahse konu işlemler için defter kayıtlarının yetkin kişiler tarafından uzun süren çalışmalarla incelenmesi ve buradan temin edilen bilgilerin hesaplamaya tabi tutulması gerekmekteydi.

MKYS uygulamasından sonra tüm bu kayıtlar elektronik ortamda tutularak, mali mevzuat gereğince hazırlanması gereken birçok defter, belge ve cetvelleri kullanımdan kaldırdık. Böylece, hesap verilebilirliğe ilişkin kayıtları ve raporları elektronik ortamda otomatik olarak hazırlamaya başladık.



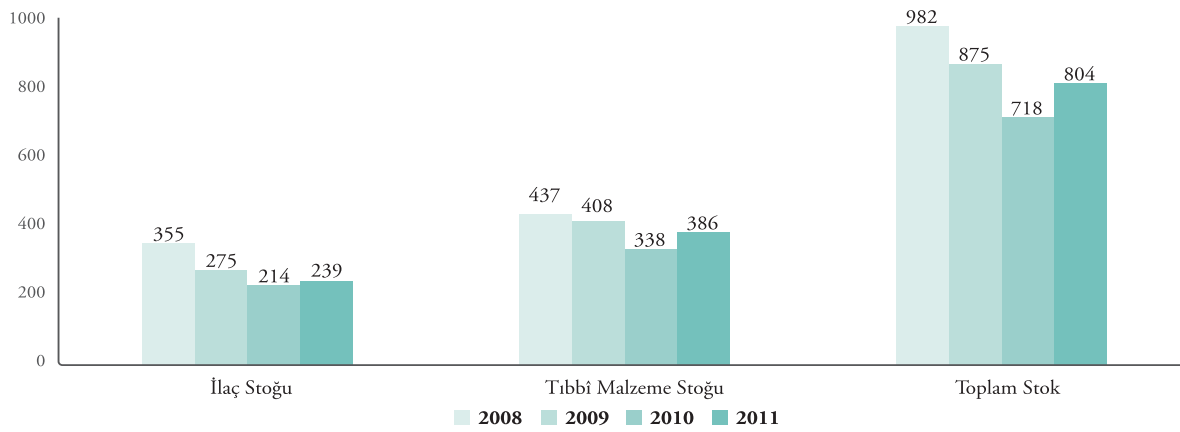
B. Azami Stok Miktarı (ASM) Uygulaması

Sağlığa yönelik taleplerin belirsizliği karşısında hizmet sunumunun kesintisiz olarak sürdürülebilmesi için işletmelerin belirli seviyede stokla çalışmaları gerekmektedir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde hasta ve yakınlarının rahatı açısından ilaç ve tıbbî sarf gereksinimlerinin tamamının sağlık tesislerince karşılanmasını kararlaştırdık. Tüm bu gelişmelere bağlı olarak kurumlarımızın ilaç ve tıbbî sarf stokları önemli ölçüde artış gösterdi.

Sürdürülebilir finansal yapının sağlanabilmesi amacıyla stok yönetimi alanında yeni düzenlemeler yaptık. Bu kapsamda tedarik ve stok maliyetleri ile miat ve bozulma gibi riskleri asgari düzeye indirmek amacıyla kurumlarımızda ilaç ve tıbbî sarf malzeme tedarikinde “Azami Stok Miktarı Uygulaması”nı başlatıp en fazla 3 aylık ihtiyaçla sınırlandırdık.

Grafik 42. Sağlık Bakanlığına Bağlı Kurumların Stok Düzeyleri, (milyon ₺)



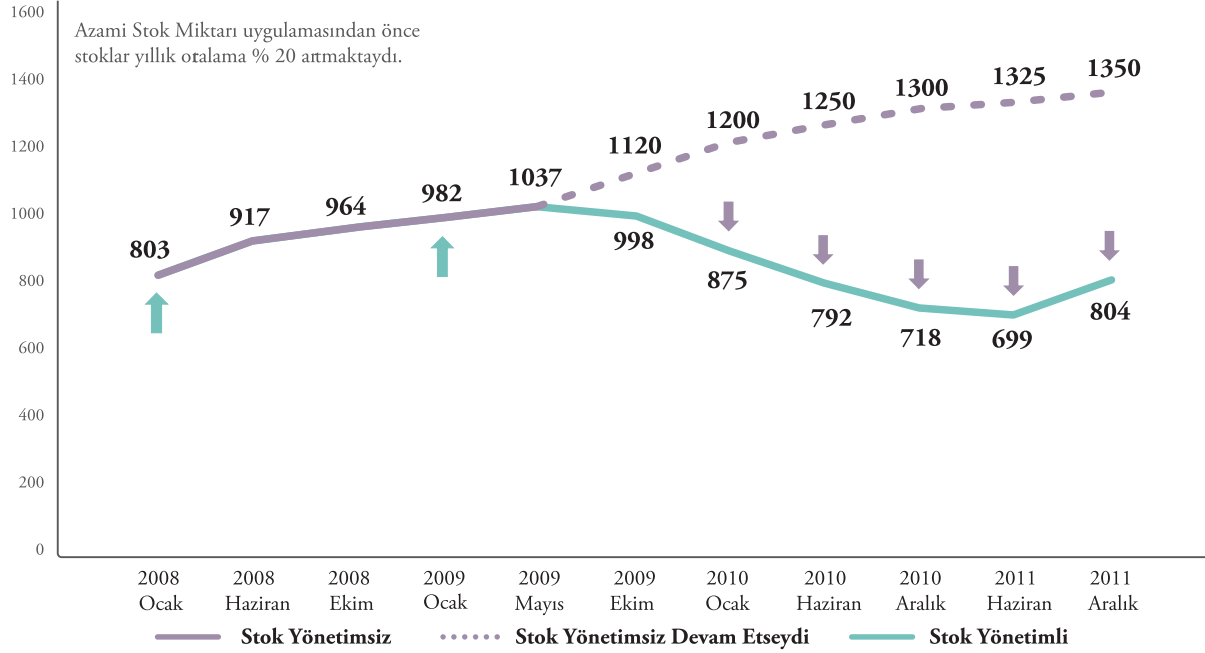
Kaynak: Strateji Geliştirme Başkanlığı

Azami stok miktarı uygulaması ile mal kabullerinin ihtiyaçlar nispetinde ve 3 aylık ihtiyacı geçmeyecek ölçüde gerçekleşmesini sağlayıp, paralelinde ödeme yükümlülüklerinin de kontrol altına alınarak borç vadelerinin kısaltılmasını sağladık.

Azami stok miktarı uygulamasından önce stok düzeyleri yıllık ortalama % 20'nin üzerinde artış göstermekte iken Mayıs 2009'da başlattığımız uygulama ile stok artışlarını önleyip 1 milyarın üzerinde olan Türkiye geneli stok düzeyini 2010 yılı sonunda 718 milyon ₺ seviyesine kadar düşürdük. Bununla birlikte sağlık işletmelerimizdeki artan kapasite, 11 üniversite ile ortak hastane kullanımı ve dışarıya reçete edilen ilaç ve tıbbî sarfların önemli ölçüde hastane stoğundan karşılanması sebebiyle 2011 yılında stok hacmimiz %11 oranında artı.



Grafik 43. Azami Stok Miktarı Uygulaması ve Stok Düzeylerinin Değişim Seyri, (milyon ₺)



Kaynak: Strateji Geliştirme Başkanlığı

C. İhale Öncesi MKYS Sorgulamalarının Zorunluluğu ve İl Stok Havuzu

Hizmet üretim giderleri içerisinde önemli bir yer tutan ilaç ve tıbbî sarf gereksinimleri, tedarik maliyetinin yanı sıra stok maliyetleriyle de işletmelerin finansal yapıları üzerinde olumsuz etkiye sahiptir.

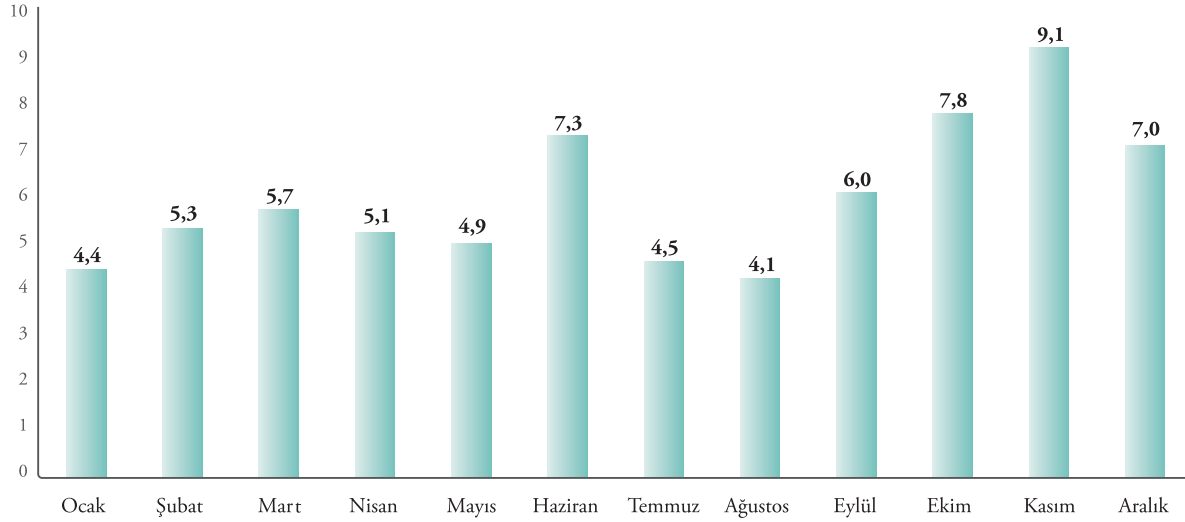
Kurum stoklarında üç aylık ihtiyacın üzerinde bulunan tıbbî malzeme veya ilaçlar ile çeşitli nedenlerden dolayı hiç kullanılmayacak veya miat, demode olma ve bozulma riski bulunan taşınırların, ihtiyacı olan kurum ve kuruluşlara bedelli ya da bedelsiz devrinin sağlanması amacıyla “Stok Fazlası Taşınır Modülü” ile “İhtiyaç Fazlası Taşınır Modülü”nü geliştirdik.

Kurumların ihtiyaç duydukları ürünlerin piyasadan temin yerine, öncelikli olarak stok fazlası veya ihtiyaç fazlası modülde bulunan malzemelerden tedarik edilmesi amacıyla ihale öncesinde MKYS modüllerinin sorgulanmasını zorunlu hâle getirdik.

Kaynakların etkin ve verimli kullanılmasını sağlamak amacıyla bir kısım kalemlerde azami stok miktarının daha da azaltılmasını hedefliyoruz.



Grafik 44. 2011 Yılı Aylık Stok Fazlası Devir Tutarları, (milyon ₺)



Kaynak: Strateji Geliştirme Başkanlığı

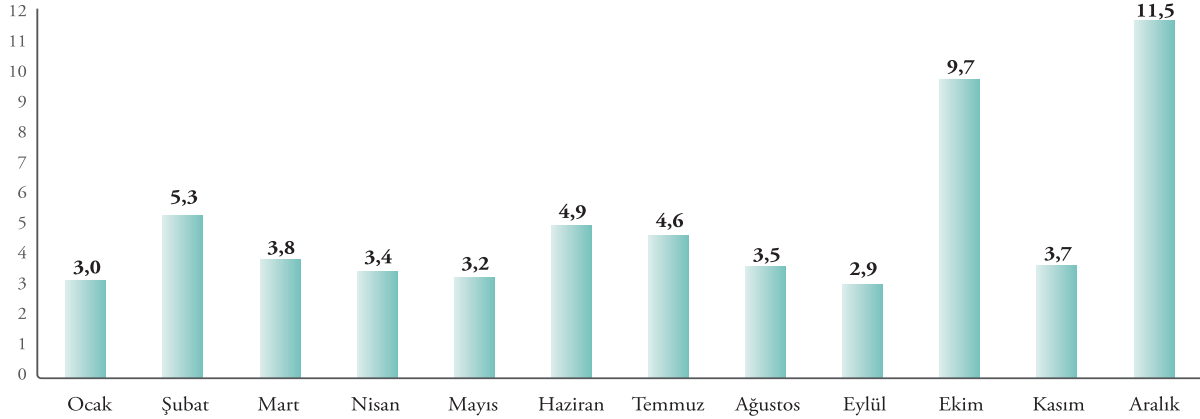
Bu uygulama kapsamında 2011 yılında 71,1 milyon ₺ stok fazlası malzeme devrini gerçekleştirdik.

MKYS'de stok kaydı bulunan ilaç ve tıbbî sarfların tüketim bilgilerine göre yıllık ihtiyaç miktarlarının belirlenmesi gerekmekte olup azami stok miktarı uygulamasına göre üç aylık ihtiyacın üzerinde olan ürünler sistem tarafından otomatik olarak stok fazlası modüle aktarılmakta ve diğer hastanelerin bilgisine sunulmaktadır. Örneğin; bir hastanenin yıllık A ilacı ihtiyacı 1.000 adet ise azami stok miktarı uygulamasına göre depoda en fazla 250 adet bulundurabilecektir. Hastane A ilacından 300 adetlik bir alım yaptığında bunun 50 adedi otomatik olarak stok fazlası modüle aktarılarak ihtiyacı olan hastanelerin bilgisine sunulmaktadır.

Hizmet üretimi gereği tedarik edilen ancak herhangi bir nedenle ihtiyaç dışına çıkan mal veya malzemeler ihtiyaç fazlası malzeme olarak tanımlanmaktadır. Kaynaklar verimli olarak kullanımına destek olmak üzere İhtiyaç Fazlası Taşınır Modülü'nde yer alan ürünlerin bedelsiz olarak devrini sağladık.



Grafik 45. 2011 Yılı İhtiyaç Fazlası Devir Tutarları, (milyon ₺)



Kaynak: Strateji Geliştirme Başkanlığı

2011 yılında 58,7 milyon ₺ tutarında ihtiyaç fazlası malzeme devri gerçekleştirdik.

MKYS sisteminde ihale öncesi sorgulanacak modüllerin bir diğeri “Malzeme Satın Alma Sorgulama Modülü” dır.

Bu modül aracılığı ile “kimin, neyi, kimden, ne zaman ve ne kadara satın aldığı” bilgisi idarelerin kullanımına sunulmakta olup bu doğrultuda yaklaşık maliyet hesabı ile ihalelerin karara bağlanmasının daha sağlıklı veriler üzerinden gerçekleşmesini sağladık.

Netice olarak MKYS sorgulamalarını; ekonomik satın alma uygulamalarının yanı sıra, atıl bekleyen kamu kaynaklarının ihtiyacı olan kurumlara devredilebilmesi ve stok düzeylerinin düşürülmesinde önemli bir araç olarak kullanmaktayız.

D. Stok Analizleri

Stok ve satın alma analizlerinin temel amacı; hizmet sunumunun gerekli kıldığı ilaç ve tıbbî sarf gereksinimlerinin ekonomik satın alma yöntemleriyle tedarik edilmesini sağlamaktır.

MKYS satın alma modülü üzerinde takip edilen bilgiler ışığında düzenli olarak satın alma ve stok analizlerini gerçekleştirdik.

E. İl Düzeyinde Stok Koordinasyon Ekiplerinin ve İl Stok Havuzlarının Oluşturulması

Stok yönetimi alanında gerçekleştirilen uygulamaların devamı olarak, il düzeyinde stok yönetiminin etkin kılınması ve kurumsal düzeyde malzeme devirlerinin koordine edilmesi amacıyla her ilde “Stok Koordinasyon Ekipleri” oluşturduk.

Stok koordinasyon ekipleri, kurumsal düzeyde stok uygulamalarını incelemek, yıllık ihtiyaç miktarlarını kontrol etmek, il stok havuzunda yer alan ürünlerin piyasadan teminini önlemek ve satın alma uygulamalarını analiz ederek idareler nezdinde farkındalık oluşturmak üzere faaliyet göstermektedir.



F. İhtiyaç Tespit Komisyonları'nın Kurulması

Kurumlarımızda her türlü tıbbî sarf, ilaç ve benzeri mal alımları ile hizmet alımlarına yönelik taleplerin yerindeliğini ve istem miktarlarını kontrol etmek üzere “İhtiyaç Tespit Komisyonları” oluşturduk.

Söz konusu komisyon gereksiz bürokrasi oluşturmayacak şekilde çalışarak işletme ihtiyaçlarının her yönden sağlıklı bir şekilde tespit edilmesini sağlamaktadır. Bu komisyon;

- Mal alımlarında teminine karar verilen bir ürünün, sadece alınacak miktarına değil fiyatlandırılabilir ürünlerde bunun geri ödeme kurumları tarafından ödenip ödenmediğine ve azami hangi fiyattan alınabileceğine,
- Hizmet alımlarında alınacak hizmetin nitelik ve kapsamına ve geri ödeme kuruluşlarınca yapılacak ödeme dikkate alınarak bahse konu hizmetin hangi fiyata kadar tedarik edilebileceğine,
- Alternatif ürünleri araştırarak ihtiyacın daha düşük maliyetlerle karşılanmasının mümkün olup olmadığına,
- İhtiyaç konusu mal veya hizmetin alternatif temin yöntemlerinin (bağış, diğer kurumlardan devir, kiralama, hizmet alımı gibi) bulunup bulunmadığına karar vermekte olup bu komisyonların, kurumların finansal sürdürülebilirliğinin sağlanmasında kontrol aracı olarak çalışmalarını sağladık.

G.5. İhtiyaçların Temini İçin Geliştirilen Yeni Yöntemler

Sağlık hizmeti gibi ertelenmeyen hizmetleri sunan sağlık kurumlarının ihtiyaçlarını finansal sürdürülebilirlik açısından asgari maliyetle temin etmeleri için kamu ihale mevzuatı çerçevesinde yeni yöntemler uygulamaya koyduk.

A. Kamu Hastanelerinin Birbirlerinden Mal ve Hizmet Almalarının Önünü Açtık

Bakanlığımıza bağlı döner sermayeli işletmelerce kullanılmayan veya ihtiyaç fazlası olan mal ve demirbaşların israf edilmeden kullanılması amacıyla ihtiyaç duyan işletmelere bedelsiz veya tespit edilecek bir bedel üzerinden devri ile atıl durumda kalan kaynakların ihtiyaç sahibi olan kurumlara verilebilmesi amacıyla gerekli mevzuatları yaptık.

Bu düzenlemeyi tüm kamu sağlık kurumlarını kapsayacak şekilde genişlettik. Sağlık kurum ve kuruluşlarının bünyelerinde yapılamayan teşhis ve tedaviye yönelik hizmetlerin diğer kamu idarelerine bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarından karşılanabilmesi imkânını sağladık.

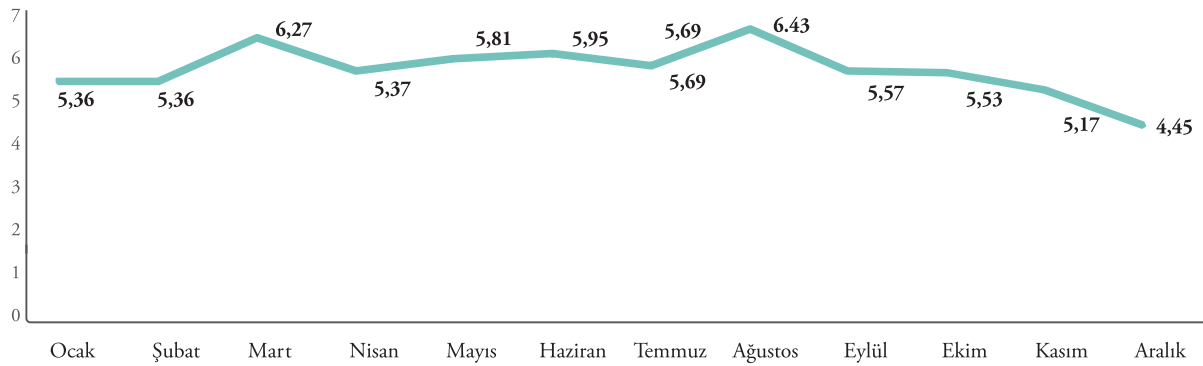
Bu düzenleme ile Bakanlığımıza bağlı hastaneler ile üniversite hastaneleri ve kamuya ait diğer hastanelerin atıl durumdaki kaynaklarını kullanılır duruma getirdik.



B. Küçük Hastanelerin İhtiyaçlarının Büyük Hastanelerce Karşılanması

İlgili mevzuattaki düzenlemelere paralel olarak 2009 yılının ikinci yarısından itibaren düşük bütçeli ve satın alma kapasitesi yetersiz olan hastanelerin ihtiyaçlarının büyük hastanelerce karşılanması kuralını getirdik. Bu düzenlemeyle kurumlarımızın satın alma işlemlerini kolaylaştırarak tedarik ve stok maliyetlerini düşürdük.

Grafik 46. 2011 Yılı Küçük Kurumların Büyük Kurumlardan Aldığı İlaç ve Tıbbî Malzemelerin Aylık Tutarı, (milyon ₺)

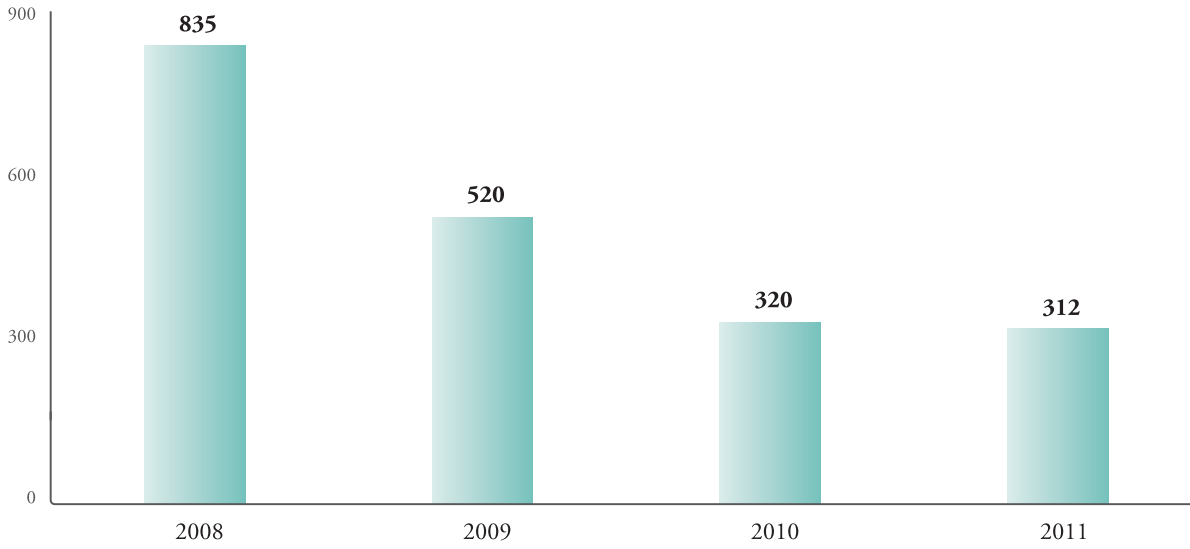


Kaynak: Strateji Geliştirme Başkanlığı

Bu düzenlemelerle ilaç ve tıbbî malzeme satın alan hastane sayısını 835'den 312'ye indirdik. Satın alması diğer kurumlarca yapılan hastanelerin ihtiyaçları için 2011 yılında 87,5 milyon ₺'lik ilaç ve tıbbî malzemenin diğer kurumlarca satın alınmasını sağladık.



Grafik 47. İlaç ve Tıbbî Malzeme Satın Alan Hastane Sayısı



Kaynak: Strateji Geliştirme Başkanlığı

C. Çerçeve Anlaşma Yöntemi ile Toplu Satın Alımlar

Sağlık hizmeti sunan idarelerin sürekli biçimde ihtiyaç duydukları mal veya hizmet alımlarını, yapılan çerçeve anlaşmalarla karşılanmasını sağlayan yasal düzenlemenin yapılmasını sağladık.

Çerçeve anlaşmalar kamu idarelerinin etkin stok yönetimine katkı sağlayan ve ihtiyaçların daha önceden belirlenen tedarikçilerden hızlı bir şekilde karşılanmasını sağlayan önemli bir tedarik yöntemidir.

Çerçeve anlaşmaların en önemli özelliği idarelere alım yapma yükümlülüğü getirmemesidir. Ayrıca çerçeve anlaşma süresince (bu süre dört yıla kadar çıkabilmektedir) yapılacak alımları için her defasında ilana çıkılmamakta ve isteklilerden yeterlilik için tekrar tekrar belge istenmemektedir.

İhtiyaçların çerçeve anlaşmalar yolu ile temini yöntemini Bakanlığımızda yaygın bir şekilde uygulamaya başladık.

2009 yılında Bakanlığımızca yayımlanan genelge ile ilaç ve tıbbî malzeme alımlarının il düzeyinde toplu olarak yapılacak çerçeve anlaşmalarla karşılanmasını zorunlu hâle getirerek bu alımların il sağlık müdürlüklerinde veya il içinde satın alma kapasitesi yeterli bir hastanede oluşturulacak merkezi satın alma birimleri vasıtasıyla yapılmasını talimatlandırdık.



Çerçeve anlaşmaların zorunlu hâle getirilmesinden sonra öncelikle 81 ilde oluşturulan Çerçeve anlaşmaların zorunlu hâle getirilmesinden sonra öncelikle 81 ilde oluşturulan merkezi satın alma birimlerinde çalışan personele ve sektör temsilcilerine, Kamu İhale Kurumu uzmanlarının da katkısıyla çerçeve anlaşma mevzuatı ile ilgili bilgilendirme toplantıları yaptık.

2011 yılında isteklilerin çerçeve anlaşmalara katılımını artırıcı mevzuat düzenlemeleri ile kurumlarımızın uygulamada mevcut mevzuattan kaynaklanan sıkıntılarını giderici gerekli mevzuat değişikliklerinin yapılması sağlayarak kurumlarımızın ihtiyaçlarını çerçeve anlaşmalarla temin etme oranlarının artırılmasını hedefledik. 2010 yılında toplam alımlar içinde çerçeve anlaşmaların oranı 11,3 iken bu oranı 2011 yılında 18,3'e yükselttik.

D. Laboratuvar Hizmet Sunumu İhtiyaçlarının Toplu Satın Almalar ile Karşılanması

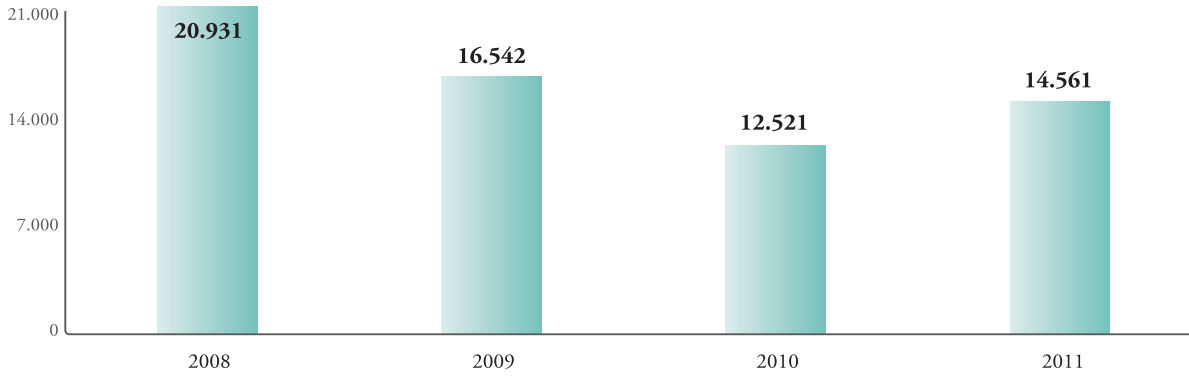
Laboratuvar ihtiyaçlarının ekonomik ve etkin bir şekilde karşılanması amacıyla, 2010 yılında yaptığımız düzenleme ile düşük bütçeli ve satın alma kapasitesi yetersiz olan 629 adet kurumun laboratuvar ihtiyaçlarının il sağlık müdürlüklerince toplu alım yoluyla karşılanmasını zorunlu tuttuk. 2011 yılında da uygulama devam etti, 629 kurumun laboratuvar ihtiyaçları il sağlık müdürlüklerince toplu alım yoluyla karşılandı.

2009 ve 2010 yılında getirilen bu düzenlemelerle;

- a) Tedarik ve stok maliyetlerimizi azalttık.
- b) Ortak teknik şartnamelerin oluşturulmasını sağladık.
- c) Kurumlarımızın satın alma kapasitelerini artırdık.
- d) İhalelerde rekabet ortamını artırdık.
- e) İhale sayısını azalttık. (Sadece ilan parasından 2009-2010 yılından yaklaşık 21 milyon ₺ tasarruf sağladık.)



Grafik 48. Sağlık Bakanlığı İhale Sayıları



Kaynak: Strateji Geliştirme Başkanlığı

E. AR-GE İhtiyaçlarının Temininde Kolaylık Getirilmesi

4734 sayılı Kamu İhale Kanununun 3'üncü maddesinin (f) bendi kapsamında Bakanlığımız birimlerinin sağlık alanında yapacağı araştırma ve geliştirme faaliyetlerine ilişkin her türlü hizmet alımının esas ve usullerini belirledik. Sağlık alanında yaptırılacak araştırma ve geliştirme hizmetleri Sağlık Bakanlığı'nca bu esaslara göre piyasadan pazarlık usulü veya doğrudan temin usulü ile, kamu kuruluşlarından ve üniversitelerden ise protokol ile doğrudan alınabilmektedir. Bakanlıkça ihtiyaç duyulan araştırma ve geliştirme faaliyetlerini yürütecek üniversitelere ve diğer kamu kuruluşlarına bu hizmetleri karşılığında, her bir hizmeti için 1milyon ₺'ye kadar finansman sağlanarak, ülkemizde eksikliği çok açık olarak hissedilen AR-GE faaliyetlerinin geliştirilmesine katkı sağlıyoruz.

G.6. Finansal Yönetim Bilgi Sisteminin Oluşturulması

Hastanelerimizin ve diğer sağlık kurum ve kuruluşlarımızın daha iyi hizmet verebilmesi, kısıtlı olan hastane gelirlerinin ve mevcut kaynaklarının doğru ve zamanında kullanılmasına bağlıdır. İşletmelerimizin finansal sürdürülebilirliğinin sağlanabilmesi için mevzuat yönünde yapılan düzenlemelerin yanı sıra yönetsel doğru ve güvenilir bilgi sistemlerinin kurulmasını ve geliştirilmesini gerektirdi. Mevcut kaynakların ve gelirlerin doğru yönetilmesi için ilk defa 2004 yılında atılan adımlarla Tek Düzen Muhasebe Sistemi kurduk ve buna paralel diğer internet tabanlı finans yönetim araçlarını geliştirdik.

A. Tek Düzen Muhasebe Sistemi

Tek Düzen Muhasebe Sistemi ile hem merkez kullanıcılarını, hem kurum ve kuruluşlarımızın yöneticilerini ve ilgili personeli hem de muhasebe birimlerini hastanelerin mali durumlarını elektronik ortamda ve anlık olarak takip edebilir hâle getirdik. İşletmelerimizin borç ve alacaklarının elektronik ortamda takibini sağladık. Tek Düzen Muhasebe Sistemi ile muhasebe birimlerinin iş yükünü azalttık. Muhasebe yetkililerinin sorumluluğundaki işlemler için her türlü altyapıyı kurduk.



B. Döner Sermayeli İşletmeler Bütçe Programı

Bütçe programı ile işletmelerimizin her mali yıl için gelir ve gider tahminlerinde bulunarak bütçelerini oluşturabilmelerini sağladık. Yıl içerisinde bütçe gerçekleştirmelerini takip ederek işletmelerimizin bütçe gelir ve giderlerini kontrol altına aldık. Özellikle bütçe uygulamasında yatırım bütçelerinin, kurumların mali yapılarına göre belirlenmesiyle yüksek harcama yapılmasının önüne geçtik. Bütçe işlemlerinin internet üzerinden yapılması ile hastanelerimizin mal ve hizmet alımlarını hızlandırdık.

C. Stratejik Finans Yönetim Sistemi

Bakanlığımızın tüm mali iş ve işlemlerini yapacak, işletmelerin durumlarını inceleyecek ve analiz edebilecek, finansal risklerini belirleyebilecek, elde edilen tespitleri raporlayarak iyileştirmelere yönelik önerilerde bulunabilecek sistemi geliştirmeye başladık.

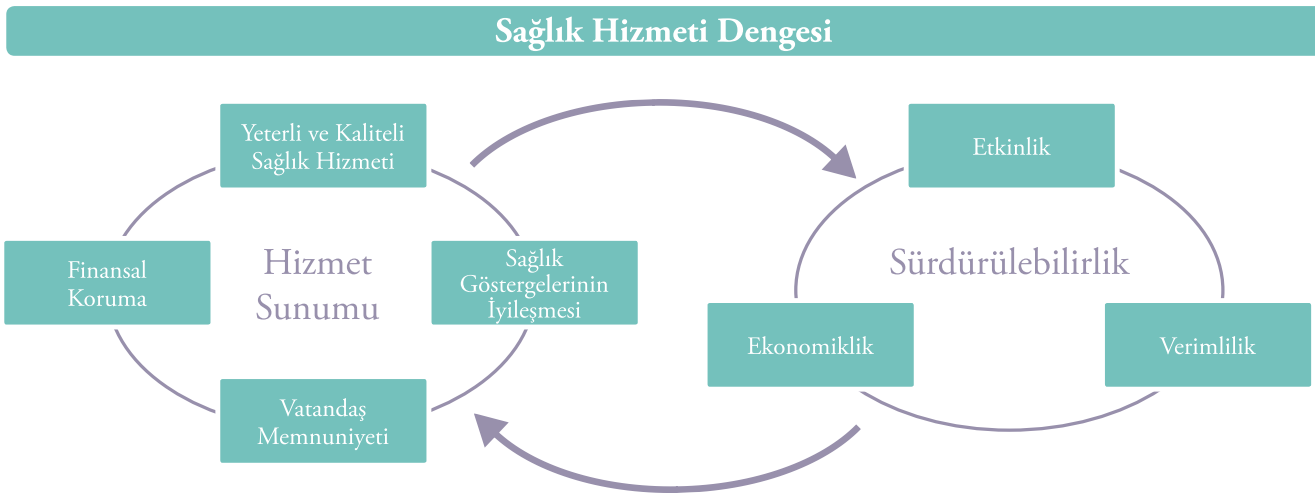
Planlama ve projeksiyon işlerinin efektif olarak gerçekleştirebilmesi için hızlı, doğru, tek kaynak üzerinde gerçekleştirilebilen mevcut sistemlerin entegrasyonunu sağlayan, çok boyutlu, esnek, modüler altyapıyı oluşturduk.



G.7. Risk Yönetimi ve Mali Analiz

A. İşletmelerin Finansal Risk Yönetimi

Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde uygulamaya konulan düzenlemelerin temel amacı; yeterli ve kaliteli sağlık hizmetini, vatandaş memnuniyetini esas alarak, finansal koruma içerisinde ve sağlık göstergelerinde iyileşme sağlayacak şekilde sürdürebilmektir. Döner sermayeli işletmeler olarak faaliyet gösteren kurumlarımızda bunun sağlanabilmesi hiç şüphesiz kaynakların etkin ve verimli kullanılması ile mümkün olabilecektir.



Bu amaç doğrultusunda döner sermayeli işletmelerimizi mali veriler üzerinden değerlendirerek finansal risk analizlerini yapmakta ve işletmelerin risklilik durumu 5 ayrı derecelendirme ile günlük takip etmekteyiz.

Tablo 23. Aralık 2011 İtibariyle Döner Sermayeli İşletmelerin Risk Değerleri

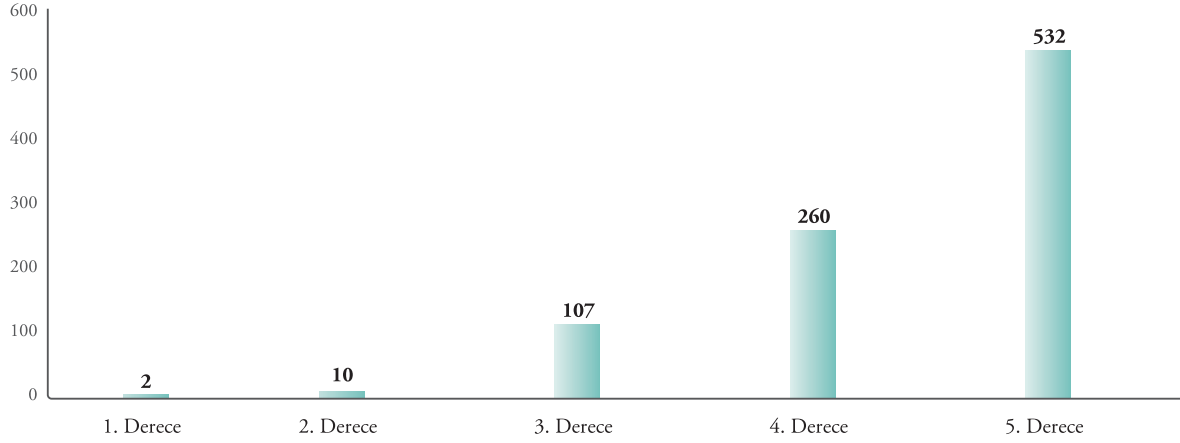
Ölçüt	Kurum	Derece
Toplam net borcunun/ortalama tahakkuka oranı 2 ve üzeri olan kurumlar	2	1. Derece
Toplam net borcunun/ortalama tahakkuka oranı 1,5 ile 2 arası olan kurumlar	10	2. Derece
Toplam net borcunun/ortalama tahakkuka oranı 1 ile 1,5 arası olan kurumlar	107	3. Derece
Toplam net borcunun/ortalama tahakkuka oranı 0,5 ile 1 arası olan kurumlar	260	4. Derece
Toplam net borcunun/ortalama tahakkuka oranı 0,5 altı olan kurumlar	532	5. Derece
Toplam Kurum Sayısı	911	

Kaynak: Strateji Geliştirme Başkanlığı

Risk analizi kapsamında her bir işletmeyi; hizmet üretim gelirleri ile borç yükümlülüklerini esas alarak bütçe dengeliği ve kaynak yönetimi açısından değerlendirmekteyiz. Bu doğrultuda toplam borç yükü, aylık hizmet üretim gelirinin 2 katı ve üzerinde olan işletmeleri birinci derecede riskli olarak derecelendirdik.



Grafik 49. Aralık 2011 İtibari ile İşletmelerin Risk Dağılımı



Kaynak: Strateji Geliştirme Başkanlığı

B. Mali Analiz Raporları ve Finansal Eylem Planları

Mali tablolar üzerinden günlük risk analizi ile takip edilen işletmeler, yüksek risk derecesi oluşmadan önce tespit edilerek kurum idarecileri ile birlikte mali analiz toplantıları gerçekleştirilmektedir.

Bu toplantılar ile kurumların hizmet üretim performansı ve gelir-gider gerçekleştirmelerini inceleyip aynı role sahip kurumlarla mukayeseli olarak analize tabi tutmaktayız. Yapılan toplantılar sonucunda finansal risklerin ortadan kaldırılıp mali açıdan sürdürülebilirliğin sağlanması için kaynakların daha etkin ve verimli kullanılmasını sağlamak amacıyla her kuruma özel “Mali Analiz Raporları” ile “Finansal Eylem Planları (FEP)” hazırladık.

Ayrıca analiz raporları ile eylem planlarında yer alan hususların takibini dönemsel gerçekleştirmelerle izleyip gerektiğinde kurum idaresiyle tekrar istişare toplantıları düzenledik.

C. Finansal Yönetim Toplantıları

Mali durum değerlendirmeleri kapsamında her yıl düzenli olarak hastane yöneticilerine yönelik “Finansal Yönetim Bilgilendirme Toplantıları” düzenledik.

Bu kapsamda özellikle harcama yetkilileri olarak başhekimler ile işletme yönetiminde önemli rol üstlenen hastane müdürlerine yönelik mali mevzuattaki değişiklikler ile yürürlüğe konulan yeni düzenlemeler hakkında eğitim ve bilgilendirme toplantıları gerçekleştirdik.

Bu toplantılarda özellikle işletmelerin finansal sürdürülebilirliği için temel ilke olan Gelir = Gider dengesinin sağlanabilmesine yönelik mali tablolar ve uygulama sonuçları ile farkındalık oluşturmaya çalıştık.

Ayrıca finansal yönetimin etkinleştirilmesi ve uygulamaya konulan düzenlemelerin takibi için il sağlık müdürlerine yönelik eğitim ve bilgilendirme toplantılarını da üçer aylık periyotlarla düzenli olarak devam ettirdik.







IV. KURUMSAL KABİLİYET VE KAPASİTENİN DEĞERLENDİRİLMESİ



A. GÜÇLÜ YÖNLER

- Köklü kurum kültürünün ve kurumsallaşmış bir yapının olması
- Sağlıkta Dönüşüm Programının başarılı bir sağlık politikası olarak devam etmesi
- Kamuoyundaki olumlu imaj, idareye güven ve desteğin var olması
- Çalışanlara yönelik performansa dayalı ek ödeme uygulaması
- Bakanlığın sağlık mevzuatının oluşturulması, uygulanması ve yönlendirilmesinde belirleyici olması
- Bakanlığın karar alma ve icra yetkisine sahip olması
- Nitelikli, uzman, etik değerleri benimsemiş, dinamik ve özverili çalışanlara sahip olması
- Bakanlık personelinin eğitim, kurs, kongre, vb. etkinliklere katılımının teşvik edilmesi
- Genel bütçe kaynakları yanında doğrudan sağlık hizmetlerinde kullanılan döner sermaye kaynaklarının bulunması
- Yeniden yapılanma, stratejik planlama, kalite ve performans yönetimi konularındaki isteklilik
- Sağlık hizmetlerinde teknolojik donanım seviyesinin yükseltilmesi
- Bilgi iletişim altyapısının güçlenmesi ve teknolojik yeniliklere ulaşma kolaylığının sağlanması
- Yaygın hizmet ağı ve afetlere karşı süratli reaksiyon gösterme becerisi
- Ülke dışı sağlık hizmetlerinin başarılı yürütülmesi
- Gayri Safi Yurt İçi Hasıla (GSYİH) sağlık harcamalarının payının artması



B. ZAYIF YÖNLER

- Sağlık personeli sayısının sağlık hizmet talebini ve kurumsal ihtiyacı karşılayamaması
- Avrupa Birliğine tam üyelik sürecinde insan kaynakları açısından yetersiz kalınması
- Nüfus hareketleri ve kentleşmede yaşanan hızlı değişimler
- Bakanlık merkez teşkilatının iş yükünün fazla olması
- Merkez teşkilatı birimlerinin fiziksel olarak tek çatı altında olmaması
- Personel arasındaki yüksek lisans, doktora, vb. eğitimlerini tamamlayanlardan yeterince faydalanılmaması



C. FIRSATLAR

- Ülkemizdeki istikrar ortamı
- Toplumda sağlık bilincinin yükselmesi neticesinde sağlık hizmetlerinin doğru kullanımının artması
- Artan milli gelir ile sağlık hizmetlerine ayrılacak kaynakların artması
- Sağlıkta Dönüşüm Programı doğrultusunda yapılan çalışmalar sonucu, temel sağlık göstergelerinin iyileştirilmesi
- “Genel Sağlık Sigortası Sistemi” uygulaması
- Sağlık turizminin gelişme potansiyeli
- Uluslararası işbirliği ve sağlık sektöründeki paydaşların destekleyici politikaları
- Kamu yönetiminde iyileştirmeler
- Küreselleşme ve teknolojik gelişmeler
- Ülkemizin genç bir nüfusa sahip olması
- Yenilenebilir enerji kaynaklarının kullanımının artması
- Sağlık alanındaki istihdam kalitesinin artması
- Gelişen bilgi teknolojisi ve bilgi kaynaklarına hızlı erişim
- Tıp teknolojisindeki gelişmelerin sağlık hizmetleri sunumunu olumlu yönde etkilemesi
- Stratejik yönetim kavramına ilginin artması
- AB sürecinde atılan adımlar



D. TEHDİTLER

- Doğuşta beklenen yaşam süresinin uzaması ve yaşlı nüfus oranının artması sonucunda sağlık hizmet yükünün artması
- Nüfus hareketliliğinin artması ile salgın hastalıkların hızlı yayılabilmesi
- Küreselleşme ve küresel ısınmaya bağlı sağlık sorunlarının artması
- Küresel ve/veya bölgesel ekonomik krizler
- Toplumda obezite oranının artması





E. DEĞERLENDİRME

E-1 Sağlık Göstergelerindeki İyileşmeler

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

Doğumda Beklenen Yaşam Süresi

Dünya Sağlık Örgütü en önemli sağlık göstergesi olarak doğumda beklenen yaşam süresini almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, 1998 yılı raporunda Türkiye için doğumda beklenen yaşam süresinin 2025 yılında 75 yıl olacağını tahmin etmişti. Bu rakama 2009 yılında ulaştık. Orta-üst gelir grubu ülkelerde doğumda beklenen yaşam süresi 2009 yılında 71'dir. 2000-2009 yılları arasında beklenen yaşam süresinde kazanılan yıl, orta-üst gelir grubu ülkelerde 2 iken bu rakam Türkiye için 5'tir.

Bebek Ölüm Hızı

DSÖ 1998 yılı raporunda Türkiye'de bebek ölüm hızı 2025 yılı için binde 16 tahmin edilmişti. 2002 yılında binde 31,5 olan bebek ölüm hızımız, 2011 yılında binde 7,7 olarak gerçekleşti. Orta-üst gelir grubu ülkelerde bebek ölüm hızı binde 16'dır. 2000-2010 yılları arasında bebek ölüm hızında değişim oranı orta-üst gelir grubu ülkelerde %40,7 iken bu oran Türkiye için %79,2'dir.

Anne Ölüm Oranı

2002 yılında yüz binde 64,0 olan anne ölüm oranını 2011 yılında yüz binde 15,5 düşürdük. Orta-üst gelir grubu ülkelerde anne ölüm oranı yüz binde 53'tür. 2000-2010 yılları arasında anne ölüm oranında değişim oranı orta-üst gelir grubu ülkelerde %30,3 iken bu oran Türkiye için %77,2'dir.

Rutin Aşılama Hızı

Aşılama programına dünyanın en gelişmiş aşılarını ilave ettik, aşılama oranlarımızı artırdık. 2002 yılında DSÖ Avrupa Bölgesi aşılama oranı %94 iken Türkiye'nin bu oranı %78 idi. 2011 yılında aşılama oranımızı %97 çıkarırken DSÖ Avrupa Bölgesi %94'de kaldı.

Kızamık

2002 yılında Avrupa Birliği'nin kızamık insidansı yüz binde 6 iken Türkiye'nin insidansı yüz binde 11,1 idi. 2011 yılında Avrupa Birliği'nin kızamık insidansı 6,2 iken ülkemizin insidansı sıfırdır. 2008 yılından beri ülkemizde yerli kızamık vakası görülüyor. Kızamığın Avrupa'da elimine edilmesinin ilanı için diğer ülkeleri bekliyoruz.

Sıtma

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

**Tüberküloz**

Türkiye'nin tüberküloz insidans hızı, 2002 yılında yüz binde 40 iken 2010 yılında yüz binde 28'dir. Yani tüberküloz insidansını %30 düşürdük. Aynı dönemde DSÖ Avrupa Bölgesi'nde düşüş %13 oldu.

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

Tifo

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

AIDS

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

E-2 Vatandaş Finansal Riskten Koruma

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

2003 yılında ilaç ve tedavi masraflarını kendi cebinden karşılayanların oranı %32,1 iken 2011 yılında bu oranı %11,1'e düşürdük.

E-3 Sağlık Sisteminin Finansal Sürdürülebilirliği

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile verimliliği artırdık ve finansal sürdürülebilirliği sağladık.

2003-2011 yılları arasında faiz dışı genel kamu harcamalarındaki artış %265 iken kamu sağlık harcamalarındaki artış %225'tir.

E-4 Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet

TÜİK Yaşam Memnuniyet Araştırması'na göre 2003 yılında %39,5 olan sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı 2011 yılında %76 oldu.

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

2011 yılında Avrupa Birliği'nde sağlık hizmetlerinden memnuniyet %62'de kaldı.

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



2011

- Sağlık Bakanlığını yeniden yapılandırdık. Bu kapsamda, Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'yi (KHK) çıkardık.
- Prospektüsleri sade ve anlaşılır hale getirdik. Artık vatandaşımız kullandığı ilaca ait her türlü bilgiyi rahatlıkla anlayabiliyor.
- Merkezi Hastane Randevu Sistemi'ni (MHRS) tüm Türkiye'de yaygınlaştırdık.
- MHRS'ye internetten online randevu alınabilmesini sağladık.
- Sağlık çalışanına karşı şiddeti önlemek için "Beyaz Kod Sistemi"ni başlattık.
- Özel sağlık kuruluşlarının yapacakları tanıtım ve bilgilendirmelerle ilgili düzenlemeler yaptık.
- Kompozit doku nakilleri ile ilgili uygunluk kriterlerini belirledik.
- "Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı"nı uygulamaya başladık.
- 2011-2023 dönemini kapsayan "Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı"nı yayımladık.
- Sigara Bıraktırma Merkezleri'nde sigara bıraktırma ilaçlarını ücretsiz dağıttık.







V. ÖNERİ VE TEDBİRLER



- Sağlık hizmet kalitesini artırmaya devam ederek vatandaşlarımızın daha etkili, verimli, süratli ve kaliteli sağlık hizmeti sunulması sağlanmalıdır.
- Sağlıkta Dönüşüm Programı etkili, ekonomik ve verimlilik ilkeleri çerçevesinde belirlenen amaçlar doğrultusunda kullanılması sağlanmalıdır.
- Tütün ve alkol kullanımı, aşırı kilo, yüksek kan basıncı, yüksek kolesterol ile kararlılıkla mücadelenin sürdürülmesine devam edilmelidir.
- Hastanelerin ve diğer sağlık kurum ve kuruluşlarının daha iyi hizmet verebilmesi için finansal sürdürülebilirliği devam etmelidir.
- Bakanlığımızda hem performans programı hem faaliyet raporlarının hazırlanmasına kolaylık sağlayacak bununla birlikte performans yönetimi anlayışını yerleştirmeye yardımcı olacak 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 çalışmalar sağlanmalıdır.
- Ülke ihtiyaçlarını karşılayacak sorunlara çözüm olacak rasyonel bir planlama ve tüm bunların sonucunda ortaya çıkacak ülke gerçeklerine uygun, uygulanabilir, makul ve güncellenebilir olmalıdır.



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

27/04/2012

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 2011 yılı Faaliyet Raporunun “III/A- Mali Bilgiler” bölümünde yer alan bilgilerin güvenilir, tam ve doğru olduğunu teyit ederim.

Ankara

27/04/2012

İmza

Memet ATASEVER

Strateji Geliştirme Başkanı

