



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
2010 MALİ YILI
İDARE FAALİYET RAPORU

2010

**T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI**



**2010 MALİ YILI
İDARE FAALİYET RAPORU**

**STRATEJİ GELİŞTİRME
BAŞKANLIĞI**

www.sgb.saglik.gov.tr
plan@saglik.gov.tr



*Türk vatandaşının sağlığı ve sağlamlığı, her zaman
üzerinde durulacak ulusal sorunumuzdur. Çünkü
Cumhuriyet; düşünsel, bilimsel ve bedensel bakımlardan
güçlü ve yüksek düzeyli koruyucular ister.*

K. Atatürk



BAKAN SUNUŞU

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

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

Sağlık sisteminde yaşana gelen sorunların tüm sağlık sektörünü ve toplumun sağlık düzeyini ve mutluluğunu olumsuz yönde etkilemesi kaçınılmazdır. Türk sağlık sisteminin içinde bulunduğu durum, hizmet sunumundan finansmanına, insan gücünden bilgi sistemine kadar ilgili birçok alanda köklü değişikliklere gidilmesini gerekli kılmıştır. Ancak bu gerekliliğin sadece ülkemizle sınırlı olmadığını bilmek gerekir. Sağlık hizmetleri sunumu konusunda birçok ülkenin reform çalışmaları içinde olduğunu rahatlıkla söyleyebiliriz. Sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, sağlık altyapısı ve örgütlenmenin düzenlenmesine yönelik çalışmalar, sağlık politikalarında önemli değişimleri beraberinde getirmektedir.

2003 yılından itibaren uygulanmaya başladığımız Sağlıkta Dönüşüm Programı da bu önemli değişimlerin öncüsü olarak bugüne kadar yapılmış bütün çalışmaları dikkate, alan katılımcı ve demokratik karar süreçleri ile en uygun çözümler üretmeyi amaçlayan kapsamlı bir program olmuştur. Dünyanın birçok gelişmiş ülkesinde sağlık sistemlerini yerinde inceleyip değerlendirerek, ülkemizde devraldığımız mirasla birleştirerek ve kendimize mahsus, merkezinde bizzat insanımız olan bir Türkiye Modeli olarak Sağlıkta Dönüşüm Programını geliştirdik. Böylece sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir

şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulmasını amaçladık. Bu eksende yürütülen Sağlıkta Dönüşüm Programı, ulusal politikanın bütünüyle bir parçasıdır. Bu programın gerçekleşmesi ile sağlık hizmetleri, geleceğin hızla değişen ve dönüşen sağlık önceliklerini karşılayabilecek dinamik bir zemin kazanmaktadır.

Halkın sağlığının korunmasının farklı boyutları vardır. Birincisi doğrudan Sağlık Bakanlığı'nın, sağlık çalışanlarının, yani sağlık sektörünün üzerine düşen görevler kapsamında ele alınabilir. Hatta bu alanı genişletebilir sağlıkla ilgili sosyal belirleyicilere etkili bütün sektörleri sorumluluk alanına davet edebiliriz. Diğer önemli bir boyut, bireylerin farkındalığının olması, kendi sağlığına sahip çıkmasıdır. Birey kendi yaşam biçimini değiştirmedikçe, halk sağlığının önemli tehditlerinden onları korumak mümkün olamamaktadır. Kuşkusuz bu hususta da Sağlık Bakanlığı'na ve sağlık sektörüne büyük görevler düşmektedir. Sağlıkta geliştirilmesi çerçevesinde toplumu bilgilendirmek, insanları eğitmek, sağlık okur-yazarı yapmak gereklidir. Her bireyde yaşam biçimini sağlıklı olmak yönünde değiştirecek şekilde bir farkındalığın oluşturulması şarttır. Yapılanların bu denli yaygın ve etkili olması, bundan sonra yapılacakların ve yapılabileceklerin habercisidir. Bu yüzden daha iyi düzeyde sağlık hizmeti talep eden halkımızda güven ve beklenti oluşmuştur. Bu beklentiye karşılayacak şekilde, başlatılan hizmetlerin tamamlanması ve yeni atılımların yapılması gerekmektedir.

Sağlık Bakanlığı olarak, bu temel gerçeklerden yola çıkarak sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi başta olmak üzere geçmiş birikim ve tecrübelerimizden, son dönemde yürütülen sağlık reformu çalışmalarından ve dünyadaki başarılı örneklerden ilham alarak faaliyetlerimizi sürdürmekte ve geliştirmekteyiz.

Türkiye'nin sağlık sektörü reformlarına, politikalarına ve stratejilerine rehberlik etmede katkı sağlayacak bu çalışmanın, sektörle ilgili tüm kurum, kuruluş ve kişilere faydalı olacağı inancıyla; Bakanlığımızca yürütülen faaliyetlerin değerlendirilmesi ve kamuoyunun bilgilendirilmesi için önemli bir belge olan "İdare Faaliyet Raporu"nun amacına ulaşmasını diliyor, çalışmada emeği geçen tüm arkadaşlarıma teşekkür ediyorum

Prof. Dr. Recep AKDAĞ
Sağlık Bakanı



ÜST YÖNETİCİ SUNUŞU

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 yapısıdır.

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.

2009 yılında bütün birimlerimizin aktif katılımı ile İç Kontrol Standartlarına Uyum Eylem Planını hazırladık. 2010 yılında hesap verebilirlik ve şeffaflık ilkeleri temelinde; Bakanlığımızda iç kontrol sisteminin kurulması çalışmalarına başladık ve ilk olarak Bakanlık Merkez Teşkilatında İç Kontrol Sistemini kurduk.

Ayrıca Bakanlığımızda, yeni kamu mali yönetim süreç ve uygulamalarının yönetim bilgi sistemleri temelinde, daha hızlı ve kaliteli sunulması için mevcut elektronik altyapının geliştirilmesi çalışmalarını sürdürmekteyiz.

İdare 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 2010 mali yılı Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporunu mali saydamlık ilkesi gereği kamuoyu ile paylaşıyoruz.

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

Prof. Dr. Nihat TOSUN
Müsteşar

İÇİNDEKİLER

i

BAKAN
SUNUŞU

ii

ÜST
YÖNETİCİ
SUNUŞU

v

ŞEKİL, GRAFİK,
TABLO LİSTESİ
VE KISALTMALAR



1

GENEL
BİLGİLER



2

MİSYON VE VİZYON

30

AMAÇ VE HEDEFLER

42

FAALİYETLERE İLİŞKİN
BİLGİ VE
DEĞERLENDİRMELER

112

KURUMSAL KABİLİYET
VE KAPASİTENİN
DEĞERLENDİRİLMESİ



116

ÖNERİ VE
TEDBİRLER

119

EKLER

BAKAN SUNUŞU	i
ÜST YÖNETİCİ SUNUŞU	ii
İÇİNDEKİLER	iii
ŞEKİL, GRAFİK, TABLO LİSTESİ VE KISALTMALAR	v
I. GENEL BİLGİLER	1
A. MİSYON VE VİZYON	2
B. YETKİ, GÖREV VE SORUMLULUKLAR	3
C. İDAREYE İLİŞKİN BİLGİLER	4
1. FİZİKSEL YAPI	4
2. ÖRGÜT YAPISI	6
3. BİLGİ VE TEKNOLOJİK KAYNAKLAR	10
4. İNSAN KAYNAKLARI	17
5. SUNULAN HİZMETLER	18
6. YÖNETİM VE İÇ KONTROL SİSTEMİ	26
II. AMAÇ VE HEDEFLER	30
A. İDARENİN AMAÇ VE HEDEFLERİ	32
B. TEMEL POLİTİKALAR VE ÖNCELİKLER	36
III. FAALİYETLERE İLİŞKİN BİLGİ VE DEĞERLENDİRMELER	42
A. MALİ BİLGİLER	44
1. BÜTÇE UYGULAMA SONUÇLARI	44
2. TEMEL MALİ TABLOLARA İLİŞKİN AÇIKLAMALAR	45
3. MALİ DENETİM SONUÇLARI	49
4. DİĞER HUSUSLAR	49
B. PERFORMANS BİLGİLERİ	50
1. FAALİYET VE PROJE BİLGİLERİ	50
A. KORUYUCU VE TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ	50
B. TEŞHİS VE TEDAVİ EDİCİ SAĞLIK HİZMETLERİ	74
C. REHABİLİTE EDİCİ SAĞLIK HİZMETLERİ	83
D. SAĞLIK HİZMETLERİ İÇİN ALTYAPI SAĞLANMASI	87
E. SAĞLIK YÖNETİMİNİN GELİŞTİRİLMESİ	94
IV. KURUMSAL KABİLİYET VE KAPASİTENİN DEĞERLENDİRİLMESİ	112
A. ÜSTÜNLÜKLER	114
B. ZAYIFLIKLAR	114
C. FIRSATLAR	114
D. TEHDİTLER	115
E. DEĞERLENDİRME	115
V. ÖNERİ VE TEDBİRLER	116
ÖNERİ VE TEDBİRLER	118
EK-1: İÇ KONTROL GÜVENCE BEYANI	119
EK-2: MALİ HİZMETLER BİRİM YÖNETİCİSİ BEYANI	120

ŞEKİL, GRAFİK, TABLO LİSTESİ

ŞEKİL

Şekil 1	Merkez Teşkilat Şeması	6
Şekil 2	Taşra Teşkilat Şeması	8
Şekil 3	Sağlık Bilgi Sistemi, e-Sağlık Uygulamaları	10
Şekil 4	Sağlık-Net Veri Tabanı	11
Şekil 5	Sağlık-Net Muayene Bildirim Formu	12
Şekil 6	Aile Hekimliği Bilgi Sistemi	13
Şekil 7	Hastane Bilgi ve İletişim Teknolojileri	13
Şekil 8	ITS Akış Şeması	14
Şekil 9	Yeşil Kart Bilgi Sistemi	15
Şekil 10	Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi	16
Şekil 11	İç Kontrol Sistemi (COSO Pramidi)	26
Şekil 12	Sağlık Bakanlığı Stratejik Yol Haritası	33
Şekil 13	Örnek Performans Değerlendirme, 2010	35
Şekil 14	Ambulans Helikopter Konuşlanma Haritası	69
Şekil 15	Evde Sağlık Hizmetleri Kurumsal Yapılanması	80
Şekil 16	Basitleştirilmiş, Etkin Bir Kamu Hizmeti İçin Ruhsatlandırma Yetki Devri	96
Şekil 17	Basitleştirilmiş, Etkin Bir Kamu Hizmeti İçin Mevzuat Değişiklikleri	96
Şekil 18	Malzeme Giriş Formu Ekranı	97
Şekil 19	Sağlık Hizmeti Dengesi	103
Şekil 20	Gelir-gider Dengesi	103
Şekil 21	Kamu Hastanelerinin Birbirlerinden Mal ve Hizmet Alımları	105
Şekil 22	Çerçeve anlaşma yöntemi	107

GRAFİK

Grafik 1	Sağlık Bakanlığı Çalışan Personel Sayısı, 2010	18
Grafik 2	Yeşil Kartlı Vatandaşlarımızın Sağlığına Ayrılan Pay, 2002-2010	47
Grafik 3	Yıllar İtibariyle Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Genel Bütçe İçindeki Payı, 2002-2010	48
Grafik 4	Yıllar İtibariyle Sağlık Bakanlığının Ödenek Kullanım Oranları	48
Grafik 5	Sağlık Yatırım, Donanım ve Taahhüt Alımı Harcamaları (2010 yılı fiyatlarıyla / Milyon TL)	49
Grafik 6	Birinci Basamakta Çalışan Hekim ve Yapılan Muayene Sayısı	51
Grafik 7	Anne Ölüm Hızı (Yüzbinde)	52
Grafik 8	Bebek Ölüm Hızı (Binde)	53
Grafik 9	Aşılama Oranları, 1995-2010	55
Grafik 10	Kızamık Vaka Sayısı ve Aşılama Hızları	57
Grafik 11	DSÖ Avrupa Bölgesi ve Türkiye TB İnsidansları	58
Grafik 12	Tifo Vaka Sayıları, 2002-2010	60
Grafik 13	Kişisi Başına Hekime Müracaat Sayıları, 2010	74
Grafik 14	Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Yapılan Muayene Sayısı, 1995-2010	75
Grafik 15	Kamu ilaç Tüketimi ve Harcamalarındaki Değişim (%)	75
Grafik 16	Sabit Protez Sayısı, 1995-2010	77
Grafik 17	Dolgu Sayısı, 1995-2010	77
Grafik 18	Tam Zamanlı Çalışan Uzman Hekim Oranları, 2002-2010	78
Grafik 19	Sağlık Hizmetlerinden Genel Memnuniyet Oranları, 2003-2010 (%)	83
Grafik 20	Nitelikli Hasta Yatak Oranları, 1995-2010	90

Grafik 21	Azami Stok Miktarı Uygulaması ve Stok Düzeylerinin Değişim Seyri, 2008-2010	99
Grafik 22	Sağlık Kurumlarına Bağlı Kurumların Stok Düzeyleri, 2008-2010	100
Grafik 23	2010 Yılı stok Fazlası Devir Tutarları, 2010	100
Grafik 24	2010 Yılı İhtiyaç Fazlası Devir Tutarları, 2010	101
Grafik 25	İlaç ve Tıbbi Malzeme Satın Alan Hastane Sayısı, 2008-2010	106
Grafik 26	Küçük Kurumların Büyük Kurumlardan Aldığı Tıbbi Malzeme ve İlaçların Aylık Tutarları, 2010 (Milyon TL)	106
Grafik 27	2009-2010 yılı ilana çıkılan çerçeve anlaşma sayıları	107
Grafik 28	Sağlık Bakanlığı İhale Sayıları, 2008-2010	108
Grafik 29	Sağlık Bakanlığı Kurumları Hizmet Alımları Ortalama Firma Kar Oranları, 2009-2010	110

TABLO

Tablo 1	Bakanlık Birimleri ve Bağlı Kuruluşların Hizmet Binaları ve Adresleri, 2010	4
Tablo 2	Bakanlığımızın Kuruluşları, 2010, Sayı	5
Tablo 3	Türkiye'de Çalışan Sağlık Personelinin Kurumlara Göre Dağılımı, 2010	17
Tablo 4	İç Kontrol Unsurları, 2010	27
Tablo 5	Risk Değerlendirme, 2010	27
Tablo 6	Kontrol Faaliyetleri, 2010	28
Tablo 7	Bilgi ve İletişim, 2010	28
Tablo 8	İzleme, 2010	28
Tablo 9	Altmışıncı Hükümet Eylem Planı	39
Tablo 10	Ödenek ve Harcama Gerçekleşmeleri, 2010	44
Tablo 11	Yıllar İtibariyle Kamu Tahakkuk-Tahsilat ve Terkin Rakamları, 2006-2010	45
Tablo 12	Ödenek ve Harcamaların Ekonomik Sınıflamaya Göre Dağılımı, 2010	45
Tablo 13	Yeşil Kart Ödenek ve Harcamaları, 2010	46
Tablo 14	Yıllar İtibariyle Yeşil Kart Harcamaları	46
Tablo 15	Aile Hekimliği Harcama Miktarları, 2010	47
Tablo 16	Sağlık Bakanlığı Hizmet Sunumu İçin Ayrılan Finansman	48
Tablo 17	Yenidoğan Üniteleri Mevcut Durumu	54
Tablo 18	Çocukluk Dönemi Aşılama Takvimi	56
Tablo 19	KETEM Faaliyet Toplamları, 2010	72
Tablo 20	İlaç Kutu Sayısı, 1995-2010	76
Tablo 21	Kamu İlaç Harcaması, 1995-2010	76
Tablo 22	Organ Nakli Sayıları, 2010	79
Tablo 23	İnşaatı Tamamlanan Sağlık Tesisleri, 2010	88
Tablo 24	GAP Bölgesine Yapılan Sağlık Tesisleri, 2010	89
Tablo 25	Sağlık Yatırımları	90
Tablo 26	Kamu-Özel Ortaklığı ile yapımına başlanan ihale süreci başlamış olan projeler	92
Tablo 27	Basitleştirilmiş, Etkin Bir Kamu Hizmeti Sunulması İçin Yapılan Çalışmalar	95
Tablo 28	Mali Analiz Toplantı Sayıları	104
Tablo 29	Uluslararası Kuruluşlar ve Ülkelerle yapılan antlaşmalar, 2010	111
Tablo 30	Bakan Düzeyinde Katılım Sağlanan Uluslararası Toplantılar, 2010	111

KISALTMALAR

AB	Avrupa Birliği	KKK	Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak Aşısı
ABE	Akut Barsak Enfeksiyonu	KKS	Konjenital Kızamıkçık Sendromu
AÇSAP	Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması	KPA	Konjuge Pnömonokok Aşısı
ADA	Amerikan Engelliler Hareketi (Americans with Disabilities Act)	KVC	Kalp Damar Cerrahisi
ADNKS	Adrese Dayalı Nüfus Kayıt sistemi	MİKA	Mide Kanseri Biyobelirteçlerinin Tanımlanması ve Moleküler Tanı Sistemlerinin Geliştirilmesi
ADSM	Ağız Diş Sağlığı Merkezi	MNT	Maternal ve Neonatal Tetanoz
AHBS	Aile Hekimliği Bilgi Sistemi	MSB	Milli Savunma Bakanlığı
AIA	Amerikan Mimarlar Birliği (The American Institute of Architects)	OPA	Oral Polio Aşısı
AIDS	Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu	OECD	Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (Organisation for Economic Co-operation and Development)
ASM	Azami Stok Miktarı	ÖZİDA	Özürlüler İdaresi Başkanlığı
ATT	Acil Tıp Teknisyeni	PGD	Piyasa Gözetimi ve Denetimi
BCG	Bacille Calmette-Guerin Aşısı	R	Rapel (Pekiştirme)
BKM	Bölge Koordinasyon Merkezi	SAKOM	Sağlık Afet Koordinasyon Merkezi
BMDW	Dünya Kemik İliği Donörleri	SDSD	Suya Sabuna Dokunur
CDC	Hastalık Koruma ve Kontrol Merkezi (ABD)	SDSGRP	Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Programı
COSO	Bütünleşik Kontrol Çerçevesi	SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
CYBE	Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar	SH	Stratejik Hedef
ÇİD-TB	Çok İlaça Dirençli Tüberküloz	SHÇEK	Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu
ÇKYS	Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi	SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
ÇPGD	Çocuğun Psikososyal Gelişimini Destekleme	STK	Sivil Toplum Kuruluşları
ÇSGB	Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı	SYDGM	Başbakanlık Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Genel Müdürlüğü
DaBT-İPA-Hib	Difteri, aselüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio, Hemofilus İnfluenza tip b Aşısı (Beşli Karma Aşı)	ŞNT	Şartlı Nakit Transferi
DPT	Devlet Planlama Teşkilatı	TB	Tüberküloz
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü	TBMM	Türkiye Büyük Millet Meclisi
DYS	Doküman Yönetim Sistemi	Td	Erişkin Tipi Difteri-Tetanoz Aşısı
EBMT	Avrupa Kan ve Kemik İliği Transplantasyonu Grubu	TNSA	Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması
ELİSA	Enzim İmlentili İmmün Test	TRK	Travma Resüsitasyon Kursları
EMDIS	Avrupa Kemik İliği Donör Bilgi Sistemi (European Bone Marrow Donor Information System)	TSE	Türk Standartları Enstitüsü
EUYS	Erken Uyarı ve Yanıt Sistemi	TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
FEP	Finansal Eylem Planları	TÜRKÖK	Türkiye Kök Hücre Koordinasyon Merkezi
GAP	Güneydoğu Anadolu Projesi	UKM	Ulaşım Koordinasyon Merkezi
GSS	Genel Sağlık Sigortası	UMKE	Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi
Hep B	Hepatit B Aşısı	UOBS	Ulusal Organ Bilgi Sistemi
HIV	İnsan Bağışıklık Yetmezlik Virüsü	USBS	Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi
HLA	Doku Uygunluğu	WMDA	Dünya Kemik İliği Birliği
HÖDP	HIV/AIDS Önleme ve Destek Programı	YKBS	Yeşil Kart Bilgi Sistemi
HPV	Human Papillom Virüs	YSÖ	Yıl Sonu Ödeneği
İŞKUR	İş ve İşçi Bulma Kurumu		
JCI	Joint Commision International		
KBÖ	Kesintili Başlangıç Ödeneği		
KETEM	Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi		



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI



NLIGI

I. GENEL BİLGİLER



Misyonumuz

Vatandaşlarımızın

sağlığını korumak ve geliştirmek.

Vizyonumuz

Herkesin sağlıklı ve müreffeh yaşadığı bir

TÜRKİYE

B

YETKİ GÖREV ve SORUMLULUKLAR

Bakanlığımızın yetki görev ve sorumlulukları;

» Herkesin hayatını bedenen, ruhen ve sosyal bakımdan tam iyilik hali içinde sürdürmesini sağlamak için fert ve toplum sağlığını korumak ve bu amaçla ülkeyi kapsayan plan ve programlar yapmak, uygulamak ve uygulatmak, her türlü tedbiri almak, gerekli teşkilatı kurmak ve kurdurmak,

» Bulaşıcı, salgın ve sosyal hastalıklarla savaşarak koruyucu, tedavi edici hekimlik ve rehabilitasyon hizmetlerini yapmak, ana ve çocuk sağlığının korunması ve aile planlaması hizmetlerini yapmak,

» İlaç, uyuşturucu ve psikotrop maddelerin üretim ve tüketimini her safhada kontrol etmek ve denetlemek; farmasötik ve tıbbi madde ve müstahzar üreten yerlerin, dağıtım yerlerinin açılış ve çalışmalarını esaslara bağlamak, denetlemek,

» Gerekli aşı, serum, kan ürünleri ve ilaçların üretimini yapmak, yaptırmak ve gerekirse ithalini sağlamak, temel sorumluluk Sağlık Bakanlığına ait olmak üzere Tarım ve Köyişleri Bakanlığı ve mahalli idarelerle işbirliği suretiyle gıda maddelerinin ve bunları üreten yerlerin sağlık açısından kontrol hizmetlerini yürütmek,

» Mahalli idareler ilgili diğer kuruluşlarla işbirliği suretiyle çevre sağlığını ilgilendiren gerekli tedbirleri almak ve aldirmek, bulaşıcı, salgın insan hastalıklarına karşı kara hudut kapıları, deniz ve hava limanlarında koruyucu sağlık tedbirlerini almak,

» Bu görevlerin yerine getirilmesi için gerekli tesisleri kurmak ve işletmek, meslek personeli yetiştirmek, sağlık hizmetleriyle ilgili olarak milletlerarası ve yurt içindeki kurum ve kuruluşlarla işbirliğinde bulunmaktadır.

1. Fiziksel Yapı

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

Tablo 1: Bakanlık Birimleri ve Bağlı Kuruluşların Hizmet Binaları ve Adresleri, 2010

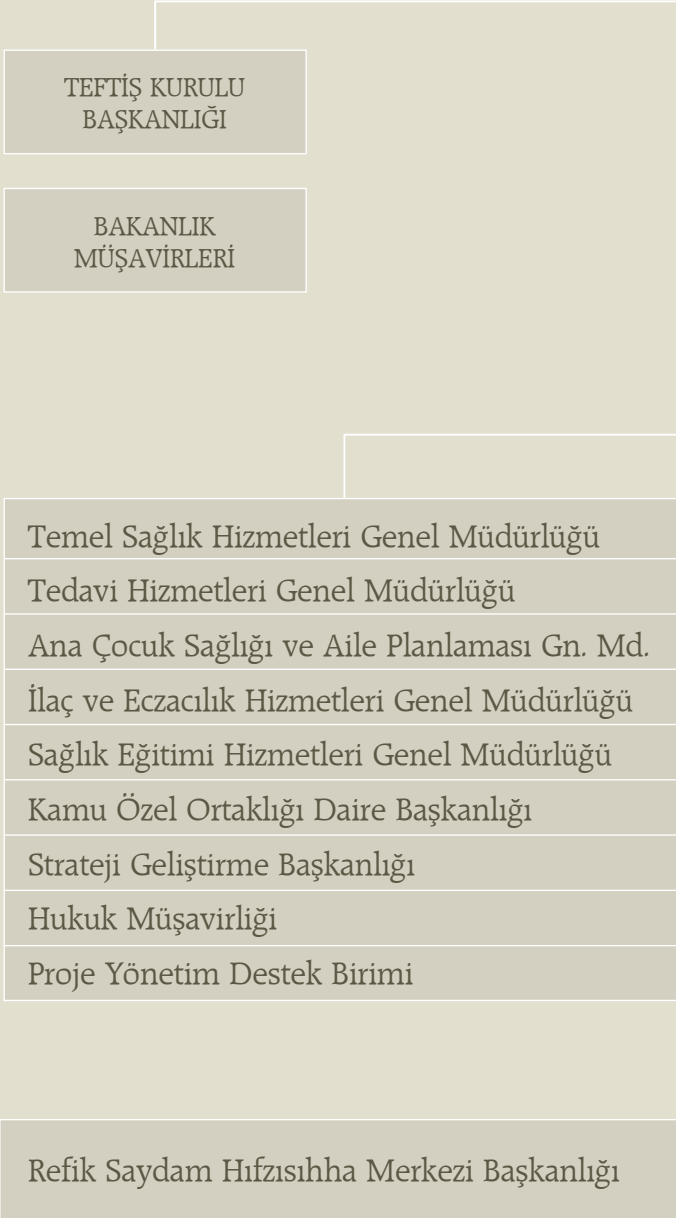
BİRİMİN ADI	HİZMET ADRESİ
Sağlık Bakanlığı Özel Kalem Müdürlüğü	Mithatpaşa Caddesi No.3 Sıhhiye/ANKARA
Basın Müşavirliği	Mithatpaşa Caddesi No.3 Sıhhiye/ANKARA
Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü	Mithatpaşa Caddesi No.3 Sıhhiye/ANKARA
Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü	Mithatpaşa Caddesi No.3 Sıhhiye/ANKARA
İdari ve Mali İşler Dairesi Başkanlığı	Mithatpaşa Caddesi No.3 Sıhhiye/ANKARA
Personel Genel Müdürlüğü	Mithatpaşa Caddesi No.3 Sıhhiye/ANKARA
Dış İlişkiler Daire Başkanlığı	Mithatpaşa Caddesi No.3 Sıhhiye/ANKARA
Hukuk Müşavirliği	Mahmut Esat Bozkurt Caddesi Umut Sokak No.1 Kurtuluş/ANKARA
İnşaat Onarım Dairesi Başkanlığı	Mahmut Esat Bozkurt Caddesi Umut Sokak No.19 Kurtuluş/ANKARA
Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi(SABİM)	Mahmut Esat Bozkurt Caddesi Umut Sokak No.19 Kurtuluş/ANKARA
Strateji Geliştirme Başkanlığı	Ceyhun Atıf Karsu Caddesi No.102 Balgat/ANKARA
Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı	Ceyhun Atıf Karsu Caddesi No.102 Balgat/ANKARA
Avrupa Birliği Koordinasyon Daire Başkanlığı	Söğütözü Mahallesi 2176. Sokak No:5 Çankaya/ANKARA
Teftiş Kurulu Başkanlığı	İstanbul Caddesi No.52 Ulus/ANKARA
İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü	Söğütözü Mahallesi 2176.Sokak No.5 06520 Çankaya/ANKARA
Verem Savaşı Dairesi Başkanlığı	İlkiz Sokak Sokak No.4 Sıhhiye/ANKARA
Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı	İlkiz Sokak Sokak No.4 Sıhhiye/ANKARA
Sıtma Savaşı Dairesi Başkanlığı	İlkiz Sokak Sokak No.4 Sıhhiye/ANKARA
Proje Yönetim Destek Birimi	Çankırı Caddesi No.57 Ulus/ANKARA
Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Gn. Md.	Hıfzıssıhha Merkezi Bşk. Kampüs İçi D-Blok Sıhhiye/ANKARA
Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü	Prof.Dr.Nusret Fişek Caddesi No.41 Sıhhiye/ANKARA
Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı	Prof.Dr.Nusret Fişek Caddesi No.41 Sıhhiye/ANKARA
Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü	Kemankeş Caddesi Karamustafapaşa Sokak No.2 Beyoğlu/İSTANBUL

**Tablo 2:** Bakanlığımızın Kuruluşları Sayısı, 2010

Hastane Sayısı	843
Ağız Diş Sağlığı Merkezi	121
Ağız Diş Sağlığı Hastanesi	2
Semt Polikliniği	172
Aile Hekimliği Birimi	20.185
Aile Sağlığı Merkezi	6.367
Toplum Sağlığı Merkezi	961
Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi	188
Verem Savaş Dispanseri	198
Sağlık Evi (faal olan)	5.853
112 Acil Yardım İstasyonu	1.375
Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM)	123
Sıtma Laboratuvarı	81
Hava Limanı Sağlık Denetleme Merkezi	16
Sahil Sağlık Denetleme Merkezi	50
Hıfzıssıhha Bölge Müdürlükleri (Merkez Başkanlık hariç)	7
Hizmet Veren Sağlık Kuruluşu Toplamı	36.542

Tablo 2’de görüldüğü üzere Bakanlığımız 2010 yılı içerisinde 36.542 sağlık ünitesiyle hizmet vermiştir.

2. Örgüt Yapısı



Şekil 1: Merkez Teşkilat Şeması



İDAREYE İLİŞKİN BİLGİLER

İL HIFZISSIHHA
KURULU

Yataklı Tedavi Hizmetleri Şubesi

Eczacılık Şubesi

Ana Çocuk Sağlığı ve Ailesi Şubesi

Aile ve Toplum Sağlığı Şubesi

Bulaşıcı Hastalıklar Şubesi

Ruh Sağlığı ve Sosyal Hastalıklar Şubesi

Eğitim Şubesi

AİLE SAĞLIĞI
MERKEZİ

İL HALK SAĞLIĞI
LABORATUVARI

DEVLET
HASTANELERİ

EĞİTİM ARŞ.
HASTANELERİ

KETEM

AÇSAP MERKEZİ

AİLE SAĞLIĞI
MERKEZİ

İLÇE DEVLET
HASTANESİ

İLÇE HALK SAĞLIĞI
LABORATUVARI

İLÇE AÇSAP
MERKEZİ

Şekil 2: Taşra Teşkilat Şeması





Şekil 3: Sağlık Bilgi Sistemi, e-Sağlık Uygulamaları



3. Bilgi ve Teknolojik Kaynaklar

3.1. e-Sağlık Uygulamaları

Sağlık bilgi sistemleri, yalnızca teknolojik yatırımlarla

gerçekleştirilecek çalışmalar değildir. Ülke çapında etkin hizmet verecek sağlık bilgi sistemlerinin hayata geçirilmesi için ulusal ve uluslararası bilişim standartları, kodlama, sınıflandırma ve terminolojilerin belirlenmesi gerekmektedir.



e-Sağlık vizyonumuz;

- » ulusal ve uluslararası standartlarda ve yeterli kalitede oluşturulan sağlık verilerine,
- » güvenlik ve mahremiyete riayet ederek, kişilerin rızasını almak şartıyla, erişim hakları ve yetkileri tanımlanmış kişi ve kurumlarca ulaşılabilen,
- » tüm bireylerin de kendi kişisel verilerine erişebildiği,

» karar destek sistemleri ile desteklenmiş,

» yüksek bant genişliği olan ve tüm ülkeyi kapsayan bir omurgada paylaşılabilen,

» tele tıp ve tele sağlık uygulamalarının pratikte kullanımını temel alan

Ulusal Sağlık Bilgi Sistemini kurmaktır.

Şekil 4: Sağlık-Net Veri Tabanı



3.2. Sağlık-Net

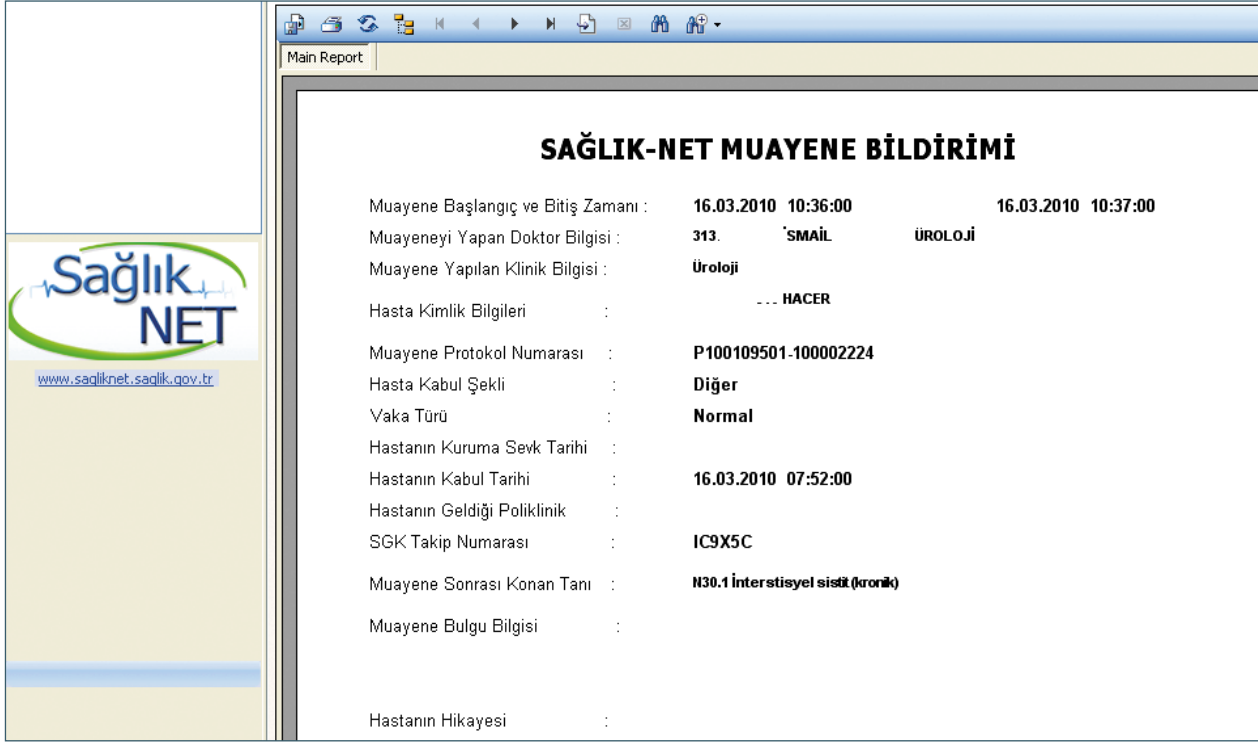
Sağlık kurumlarında üretilen her türlü sağlık verisini, kişi bazında, doğrudan üretildikleri yerden, standartlara uygun şekilde toplayıp raporlar üreterek kişisel ve kamusal olarak maksimum fayda sağlamayı hedefleyen bilgi ve iletişim platformu çalışır hale getirilmiştir.

Önceden sadece istatistiki ve matbu form olarak toplanan veriler, 2009'da devreye giren Sağlık-Net sayesinde hastanın doğumdan-ölüme tüm sağlık bilgilerini kapsayacak şekilde toplanmaya başlanmıştır. Vatandaşların elektronik sağlık

kayıtlarının sağlık kurumları arasında paylaşılabilirliğinin temelini de Sağlık-Net sayesinde atılmıştır.

Elektronik hasta kayıtlarını tutmak için yaptığımız çalışmalar ve standart kodlama sistemlerini mecbur hale getirerek ülke genelinde dağınık duran hasta dosyalarını, elektronik hasta dosyalarına dönüştürerek yurdumuzun her yerinden hasta menfaatine olacak nispette erişilebilir hale getirecek ilk adımlar atılmıştır. Sağlık hizmeti sunulan kurumların %85'i sisteme entegre olmuş ve veri gönderebilir duruma getirilmiştir.

Şekil 5: Sağlık-Net Muayene Bildirim Formu



SAĞLIK-NET MUAYENE BİLDİRİMİ

Muayene Başlangıç ve Bitiş Zamanı :	16.03.2010 10:36:00	16.03.2010 10:37:00
Muayeneyi Yapan Doktor Bilgisi :	313. SMAIL	ÜROLOJİ
Muayene Yapılan Klinik Bilgisi :	Üroloji	
Hasta Kimlik Bilgileri :	... HACER	
Muayene Protokol Numarası :	P100109501-100002224	
Hasta Kabul Şekli :	Diğer	
Vaka Türü :	Normal	
Hastanın Kuruma Sevk Tarihi :		
Hastanın Kabul Tarihi :	16.03.2010 07:52:00	
Hastanın Geldiği Poliklinik :		
SGK Takip Numarası :	IC9X5C	
Muayene Sonrası Konan Tanı :	N30.1 İnterstisyel sistit (kronik)	
Muayene Bulgu Bilgisi :		
Hastanın Hikayesi :		

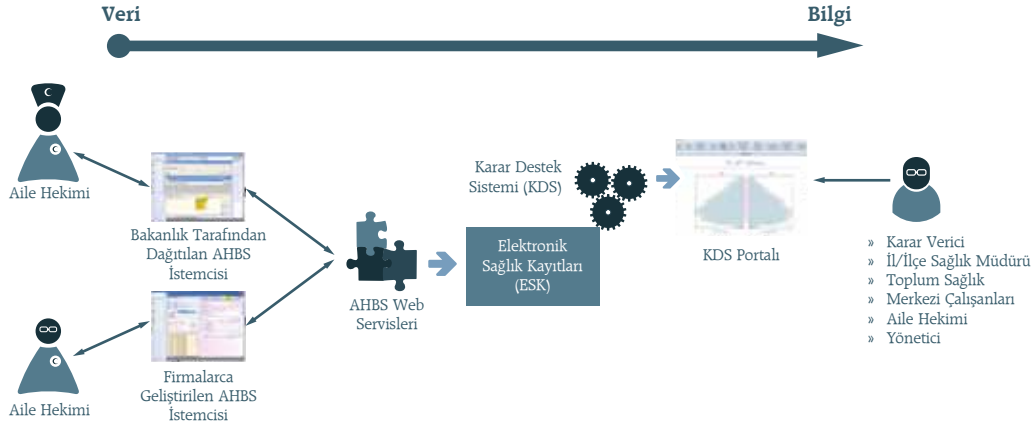
3.3. Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS)

Aile Hekimlerimizin verdiği her bir hizmetin, geliştirip ücretsiz olarak sunduğumuz Aile Hekimliği Bilgi Sistemi aracılığıyla ülke standartlarına uygun kodlamalarla, Bakanlığımızın kurduğu veri merkezine veri göndermesi sağlanmıştır. AHBS uygulaması, bir bireyi doğumundan önce takibe alır ve sağlığıyla ilgili bilgileri düzenler. Bu bireyin anne karnındaki

gelişimi, doğum yöntemi ve doğumuyla ilgili diğer bilgiler AHBS vasıtasıyla girilir ve aile hekiminin gözetimi altındaki bilgi bankasına, kişinin ömür boyu sağlık kaydının ilk bilgi parçaları olarak kaydedilir. Kişinin hayatı boyunca, sağlık kayıtları da onunla birlikte büyür.



Şekil 6: Aile Hekimliği Bilgi Sistemi

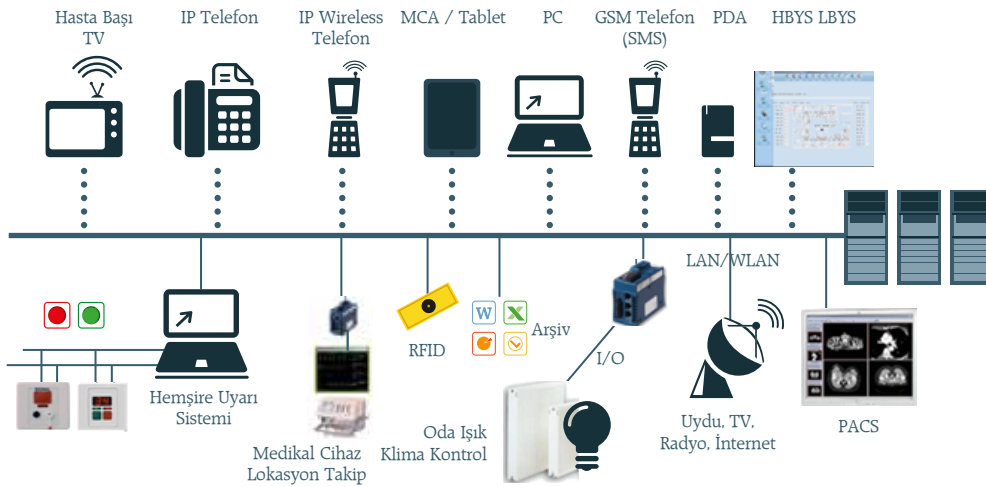


Sistem sayesinde;

- » Gebe izlem başarı oranları
- » Bebek izlem başarı oranları
- » Aşılama başarı oranları

- » Sevk oranları
- » Gezici (Mobil) hizmete tabi kişi sayısı gibi çok sayıda hizmetin ayrıntılı rapor ve değerlendirmesi yapılabilir hale gelmiştir.

Şekil 7: Hastane Bilgi ve İletişim Teknolojileri



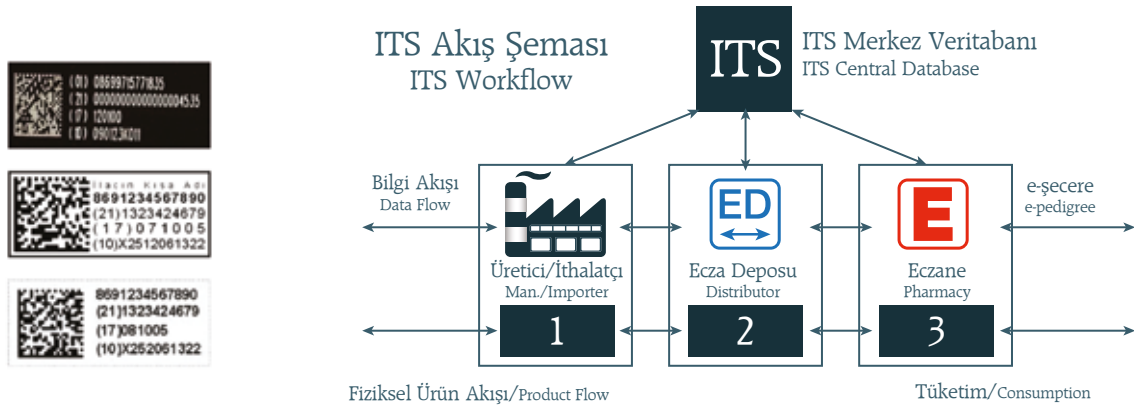
3.4. Web Ortamında Sunulan Hizmetler

Bakanlık birimlerimiz ve üst yönetimin güncel ihtiyaçları doğrultusunda ihtiyaç duydukları idari ve mali verileri, hızlı ve güvenli bir şekilde kamu ve özel tüm kurumlardan, kaynağından ve internet

aracılığıyla toplayan 22 ayrı web uygulaması geliştirilmiştir. Topladığımız verileri kanuni yetki ve sorumluluklar çerçevesinde diğer kurumlarla çok hızlı ve etkin bir şekilde paylaşımına açılmıştır.

3.5. İlaç Takip Sistemi (İTS)

Şekil 8: ITS Akış Şeması



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 halidir. Ürünlerin tekilleştirilmesini (serialization) sağlayan karekod ile ürünlerin işaretlenmesi (track) sağlanırken; ürünün geçtiği her noktadan merkezi veritabanına yapılacak bildirimler ile de takibi (trace) sağlanmaktadır.

İlaçların kaliteli bir şekilde üretimi, kalite koşulları gözetilerek dağıtımı ve depolanması Bakanlığımızın görevleri arasındadır. İlaç Takip Sistemi öncelikle ilaç kalitesinde meydana gelebilecek sorunlara yerinde tespit ve hızlı müdahale amacına katkıda bulunabilmek için tasarlanmıştır. Geliştirilen sistem ile piyasada bulunan tüm ilaçlar, kutu bazında bir takip numarası ile kayıt altına alınmakta ve üretimden itibaren tüketilinceye kadar her aşamada takibi sağlanmaktadır. Bu sayede kupür yolsuzluğu önlenmekte ve piyasada sahte ve kaçak ilaçların bulunması hemen hemen imkânsız hâle gelmektedir. Ayrıca piyasaya sürülmüş olan ilaçlarda, sonradan oluşabilecek ve toplum sağlığını tehdit edecek durumlarda da hangi ilacın nerede bulunduğu noktasal olarak bilinecek ve kolayca toplanması sağlanabilecektir.

Türkiye’de uygulamaya koyduğumuz İlaç Takip Sistemi ise Dünya’da ilk defa ortaya konulan “Merkezi Veritabanı”na bağlı bir sistem olarak literatürdeki yerini almıştır. Sistemin uygulanmasıyla birlikte ilaç harcamalarında bir milyar dolar civarında bir tasarruf yapılacağı tahmin edilmektedir. Bu tasarruf halkımıza ilaca kolay erişim olarak dönecektir.

Ayrıca ikinci aşamada kurulacak olan “Karar Destek Sistemi” ile İlaç Takip Sisteminden elde edilecek verilerin analizi mümkün olacak ve Akılcı İlaç Kullanımının önünü açacak yeni uygulamaların hayata geçirilmesine imkân sağlanacaktır.

1 Ocak 2010 tarihinden itibaren üretilmiş olan tüm ilaçların üzerinde karekod bulunması ve üretici/ithalatçıları tarafından sisteme bildirilmesi mecburiyeti getirilmiştir. 1 Temmuz 2010 tarihi ile de eczanelerde kupür kesme devri kapatılmıştır. Ürünler İTS sistemine bildirilerek satılmaya başlanmıştır. Tüm geri ödeme kurumları ilaç ödemelerini sistem üzerinden kontrol ederek yapmaya başlamışlardır. Ayrıca ilacın geçtiği noktalardan biri olan hastaneleri de takip kapsamına alınmış ve hastanelere giren ürünler de takip edilmeye başlanmıştır.

İDAREYE İLİŞKİN BİLGİLER

3.6. Hastane Bilgi Sistemleri (HBS)

Bakanlığımıza bağlı hastanelerde bilgisayar kullanım oranı % 100'dür. Bilgi ve iletişim teknolojilerini hastanelerimizin her noktasına ulaştırılarak hastane işleyişlerine ivme kazandırılmış, zaman ve bilgi tasarrufu sağlanmıştır.

3.7. Merkez Teşkilatına Yönelik Bilişim Çalışmaları

Bakanlık Merkez teşkilatı ve ek birimlerinde genel bilişim destek mekanizmaları oluşturulmuştur. Bu süreçte;

3.7.1. Yeşil Kart Bilgi Sistemi (YKBS)

Yeşil kart reçetelerinin serbest eczanelerden temin

edilebilmesine imkân sunmak üzere 2004 yılında Yeşil Kart Bilgi Sistemi (YKBS) kurulmuştur. 2004 ten bu yana 23.000 eczanemizin ve ödeme yapan sağlık müdürlüklerimizin sorunsuzca kullanması sağlanmıştır.

Başbakanlık Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Genel Müdürlüğü (SYDGM) tarafından nüfusun en muhtaç kesimine dâhil olan ailelerin çocuklarının ve anne adaylarının temel sağlık hizmetlerine tam olarak erişimini hedef alan bir uygulama olan "Şartlı Nakit Transferi (ŞNT)" ile maddi yardımların adil ve hakkaniyetli bir şekilde yerine ulaştırılması amaçlanmıştır. Bu amaçla kurumlararası koordinasyon sağlanmıştır ve SYDGM 'nün Yeşil Kart Bilgi Sistemi ile eşgüdüm içerisinde çalışması sağlanmıştır.

Şekil 9: Yeşil Kart Bilgi Sistemi

> Kullanıcı İşlemleri

> Ana İşlemler Menüsü

◆ Kayıt Defteri - Kişi Bilgileri (Hızlı Giriş Ekranı)

◆ Kişi Bilgileri Güncelleme

▶ GÜVENLİ ÇIKIŞ

KİŞİ BİLGİLERİ GÜNCELLEME EKRANI

KİŞİNİN AKTİF YEŞİL KARTI VAR

TC Kimlik No

Vergi Kimlik No

Dosya No

Soyadı

Ad

Baba Adı

Ana Adı

Doğum Yeri

Doğum Tarihi

Cinsiyeti

Adres

İl

İlçe

Kızılık Soyadı

Erkek ▼

DAĞLIOĞLU MAN 82

ADANA ▼

MERKEZ ▼

VİZE

DEĞİŞTİR

3.7.2. Ulusal Organ Bilgi Sistemi (UOBS)

Organ nakli bekleyen hastalara adil, sağlıklı ve hızlı bir şekilde uygun organ temini amacıyla bu hastaların sağlık ve kimlik bilgilerinin yer aldığı program 2006 yılında hazırlanmıştır. Bu tarihten itibaren kullanılan sistem ile kadavradan alınan böbrek ve karaciğer nakillerini başarı ile yürütülmektedir. Kalp, akciğer, pankreas, kalp kapağı, kemik iliği, deri, ince bağırsak nakillerinin de takibini sağlayacak düzenlemeler faaliyete geçirilmiştir.

3.7.3 Ulusal Özürlü Bilgi Bankası

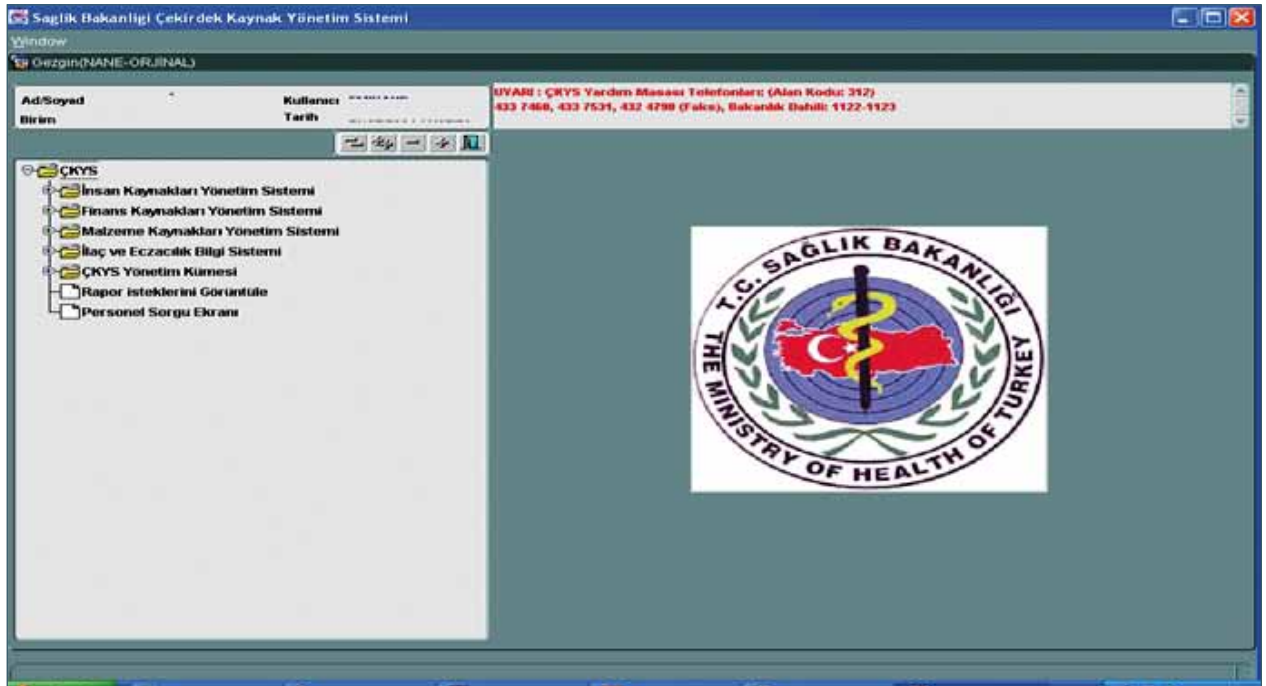
Türkiye’de yaşayan tüm özürlü vatandaşları tek elde kayıt altına alan ve veri tabanına kaydederek çeşitli raporlar sunan Ulusal Özürlü Bilgi Bankası kurulmuştur. Özürlü Raporlarına Elektronik ortamda Türkiye’nin her yerinden kanunlarla verilen yetkiler çerçevesinde erişilebilmekte, özürlü vatandaşlarımız kendilerine sunulan her türlü haklara, hakkaniyetli ve

hızlı bir biçimde erişebilmektedir.

3.7.4. Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi (ÇKYS)

Ülkemiz sağlık Sistemine ait bütün kaynakların kayıt, takip ve planlamalarını yapmak üzere kurulan, ancak uzun seneler geçmesine rağmen etkin kullanılmayan ÇKYS projesi ayağa kaldırılarak, kullanılabilir hale getirilmiştir. Bu sistem ile kamuya ait sağlık tesislerinin bina, araç, gereç, tıbbi cihaz, tıbbi sarf malzeme ve finans kaynakları, özel sektöre ait bina tesis, hizmet ve insan kaynaklarını kayıt altına alınmıştır. Bu sayede sağlık hizmetine erişimde bölgeler arası farklılığı gidermeye yönelik planlama çalışmalarında karar destek analizleri sunabilen bir yapı elde edilmiştir. Ülke genelinde global bir insan ve malzeme kaynakları yönetimi uygulayabilir hale gelmiştir. İsrafı minimuma indirip yeni sağlık yatırımlarının ihtiyaca uygun bölgelere yönlendirilmesi sağlanmıştır.

Şekil 10: Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi



C

İDAREYE İLİŞKİN BİLGİLER

3.7.5. Karar Destek Sistemi

Değişik Bilgi sistemlerinden gelen verilerin istatistik tekniklerle raporlanarak isteklilere sunulması amacıyla, önceden belirlenmiş değişik parametrelere göre 400'den fazla rapor tasarlanmış ve ihtiyaca göre sürekli revize edilmektedir. Raporları kullanıcıların erişim yetkilerine göre hizmete sunulmuştur. Sistemden günde ortalama 145.000 rapor çekilmektedir.

4. İnsan Kaynakları

Bakanlığımız merkez ve taşra teşkilatında, 31.527 uzman hekim, 33.229 pratisyen hekim, 7.679 asistan hekim, 7.069 diş hekimi, 65.842 sağlık memuru, 1.854 eczacı, 77.472 hemşire, 45.515 ebe, 5.415 diğer sağlık hizmetleri sınıfı, 65.037 idari ve teknik hizmetler sınıfı, 118.000 Hizmet Alımı ile çalışan personel istihdam edilmektedir.

Bakanlığımız personeli ile üniversiteler ve özel sektörde çalışan personel sayılarının dağılımı Tablo 3'de yer almaktadır.

Tablo 3: Türkiye'de Çalışan Sağlık Personelinin Kurumlara Göre Dağılımı, 2010*

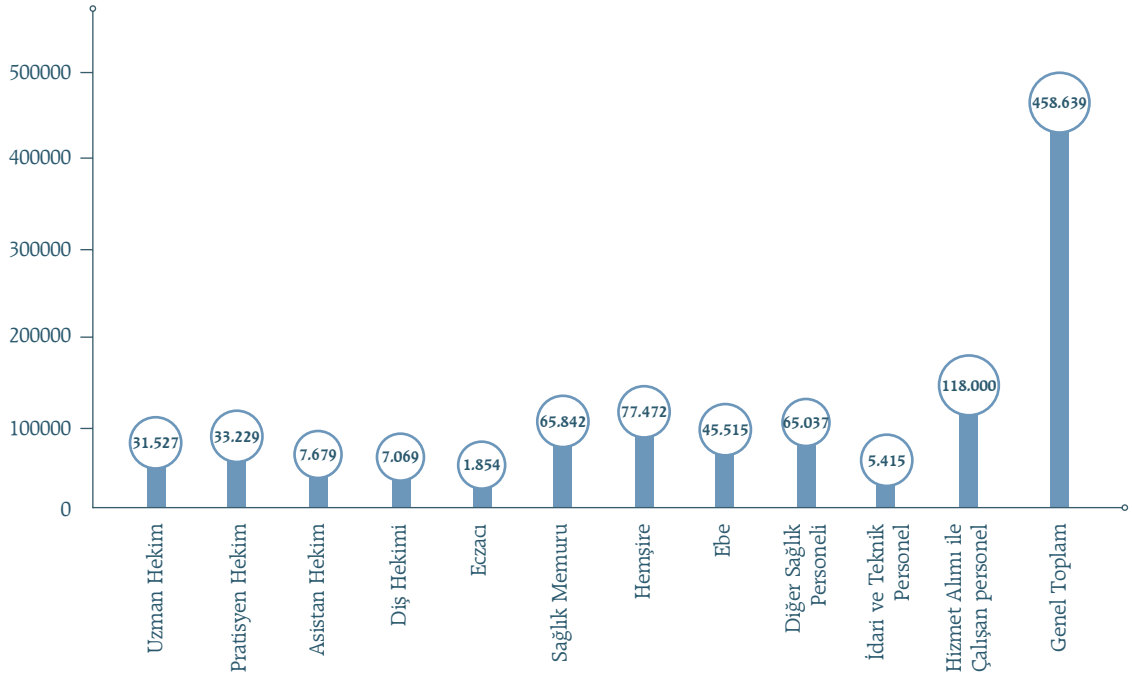
Unvan	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel Sektör	Diğer	Toplam
Uzman Hekim	31.527	11.843	19.749	444	63.563
Pratisyen Hekim	33.229	262	4.328	999	38.818
Asistan Hekim	7.679	13.340	0	47	21.066
Diş Hekimii	7.069	1.219	12.987	157	21.432
Eczacı	1.854	218	23.499	935	26.506
Sağlık Memuru	65.842	7.086	21.515	-	94.443
Hemşire	77.472	15.852	17.209	4.239	114.772
Ebe	45.515	561	4.253	14	50.343
Diğer Sağlık Personeli	5.415	2.003	2.744	-	10.162
İdari ve Teknik Personel	65.037	11.311	22.888	-	99.236
Hizmet Alımı ile Çalışan Personel	118.000	31.762	-	-	149.762
Toplam	458.639	95.157	129.172	6.835	690.103

*Milli Savunma Bakanlığında çalışan sağlık personeli sayıları yer almamaktadır.

Tablo 3'te görüldüğü üzere Bakanlığımız 2010 yılında sağlık insan kaynakları istihdamında diğer kurumlara göre birinci sırada yer almakta olup sağlık sektöründe temel amaç ve hedeflerine esas teşkil edecek en

önemli altyapılardan biri olan sağlık insan gücünü istihdamı ve planlaması konusunda hassasiyetini sürdürmektedir.

Grafik 1: Sağlık Bakanlığı Çalışan Personel Sayısı, 2010



Grafik 1'de görüldüğü üzere Sağlık Bakanlığımızda görev yapan uzman hekim sayısı 31.527 pratisyen ve asistan hekim sayısı 40.908 iken sağlık memuru hemşire ve ebe toplam sayısı 188.829 genel idari hizmetler sınıfında yer alan müdür, memur gibi unvanlardaki toplam ise 65.037 hizmet alımı ile çalışan personel sayısı 118.000'dir.

5. Sunulan Hizmetler

Bakanlığımız tarafından yürütülen faaliyetlerin ana amacı, ülkemizdeki herkesin ruhen, bedenen ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde sağlığının devamını sağlamak, bu amaç çerçevesinde sunulan hizmetleri şu şekilde sıralamak mümkündür.

5.1. Ana Hizmet Birimleri

5.1.1. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Bakanlığımız tarafından yürütülen faaliyetlerin ana amacı, ülkemizdeki herkesin ruhen, bedenen ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde sağlığının devamını sağlamak, ülkenin sağlık şartlarını düzeltmek, fertlerin ve cemiyetin sağlığına zarar veren amillerle mücadele etmek, halka sağlık hizmetlerini ulaştırmak ve sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermelerini temin etmektir.



5.1.2.Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Bakanlığımıza bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurum ve kuruluşların planlanması, yatırımlarının tamamlanarak faaliyete açılması, çalışmalarının izleme ve denetim hizmetlerini yapmak,

Bakanlığımıza bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurum ve kuruluşların kapasite artırımı, mali-idari ve teknik her türlü işlemlerinin düzenlenmesi ile denetim hizmetlerini yapmak,

Milli Savunma Bakanlığı (MSB) haricindeki genel ve katma bütçeli kamu kuruluşlarının özel sektör ve yabancılara ve azınlıklara ait tedavi kurumlarının açılış ruhsatı vermek, idari ve tıbbi denetimleri yapmak,

Tıbbi hizmetlerin standartlarını belirlenmek, bu hizmetleri verecek merkezlerin açılış ve ruhsatlarını verme ve denetim hizmetlerini yürütmek,

İkinci ve üçüncü basamak sağlık kurum ve kuruluşlarının kalite ve performans sistemlerinin belirlenmesi, verimlilik analizleri ve performans yönetim hizmetleri, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurum ve kuruluşlarının personel standartları ve dağıtım cetvellerinin belirlenmesi hizmetleri, hasta hakları ve Yeşilkart hizmetleri, hemşirelik ve ağız ve diş sağlığı hizmetleri faaliyetleri yürütülmektedir.

5.1.3.İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü

Ülkemizde beşeri tıbbi ürünlerin, kozmetiklerin, eczaneler ve ecza depoları ile uyuşturucu ve psikotrop maddelerin etkin, güvenilir ve emniyetle kullanımının sağlanmasına yönelik Genel

Müdürlüğümüz faaliyetleri ruhsatlı ve ruhsatsız tüm müstahzarların günümüz teknolojilerine göre (formül, ambalaj, prospektüs) değerlendirmelerini yapmak, Tıbbi müstahzarların piyasadaki sürekliliğini izlemek, özellikle hayati önem taşıyan ve bulunması zorunlu olan ilaçların piyasada bulundurulması, tüketiciye uygun nitelikte sunulması ile üretim, ithalat, dağıtım zincirinin her aşamasında ve hatta tüketicisine ulaşmasından sonra izlenmesini, bütün inceleme ve tescil işlemlerini kapsamakta ve yürürlükteki hukuki düzenlemeler çerçevesinde yürütülmektedir.

5.1.4.Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü

Sağlık insan gücü plânlaması yapmak, nicel ve nitel olarak ihtiyaca uygun insan gücü yetiştirilmesi için ilgili kurum ve kuruluşlarla işbirliği yapmak, Tıpta uzmanlık eğitimi ile ilgili iş ve işlemleri yürütmek,

Personel eğitim plânını hazırlamak, eğitim programlarını düzenlemek, uygulamak veya uygulanmasını sağlamak ve koordine etmek, Bakanlığın yayın faaliyetlerinin esaslarını belirlemek ve koordinasyonunu sağlamak,

İlgili kuruluşlarla işbirliği yaparak sağlık mesleklerinin standartlarını belirlemek,

Yüksek Sağlık Şurası iş ve işlemlerini yürütmek, Tıpta Uzmanlık Kurulu ve Diş Protez Teknisyenliği Eğitimi ile ilgili sekretarya görevini yürütmek, Bakanlığımızın Ar-Ge faaliyetlerini yürütmektedir.

5.1.5. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü

Bakanlık ilgili birimleri ile ana çocuk sağlığı ve aile planlaması konularında ulusal ve uluslararası kurum ve kuruluşlarla ülkedeki mevcut durumu ve sorunları göz önüne alarak bu konularla ilgili hedefleri belirlemek, bu hedefler doğrultusunda plan ve programlar hazırlamak, uygulamaya koymak, izlemek değerlendirmek, ülke çapında verilecek her türlü ana sağlığı, çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinde koordinatörlük yapmaktır.

5.1.6. Sıtma Savaşı Dairesi Başkanlığı

Ülkemizde sıtma hastalığını kontrol etmek amacıyla; parazite yönelik olarak aktif ve pasif sürveyans çalışmaları yapılmakta ve tespit edilen hastalar tedavi edilmektedir. Ayrıca sıtma parazitini taşıyan sivrisinelere yönelik vektör kontrol çalışması yapılmaktadır.

5.1.7. Verem Savaşı Dairesi Başkanlığı

Verem savaşı hizmetlerinin etkin bir şekilde yapılmasını sağlamak üzere, hizmetin gerektirdiği plan, program ve politikaların tespitine yardımcı olmak ve uygulamak,

Ülkemizde veremin yayılmasına karşı koruyucu her türlü tedbiri almak, hastaların kontrol ve tedavi altında bulunmalarını sağlamak,

Fertlerin, organize toplulukların, hasta ve çevresinin eğitiminin yapılmasını sağlamaktır.

5.1.8. Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı

Kanserde koruyucu-önleyici hizmetler, erken tanı, tarama, eğitim hizmetleri, epidemiyolojik araştırmalar, 1. ve 2. basamak sağlık hizmetlerine yönelik kanser konusunda projelerin gerçekleştirilmesi ve/veya desteklenmesi sağlanmaktadır.

5.1.9. Dış İlişkiler Dairesi Başkanlığı

Bakanlığımızın sağlık alanındaki dış ilişkileri, ikili düzeyde çeşitli devletlerle ve çok taraflı olarak da sağlıkla doğrudan ve dolaylı ilgili uluslararası kuruluşlarla yakın işbirliği halinde sürdürülmektedir.

5.1.10. Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi Başkanlığı

Bakanlığımız görev ve faaliyet alanına giren konularda, önemli dış paydaşlarla işbirliği içinde AB ile ilgili konuların koordinasyonunun sağlanmasından ve bu alanda Hükümetin genel politikasını uygulamaya yönelik tedbirleri alarak uyum ve uygulama çalışmaları ile ilgili işlerin yürütülmesinden sorumludur. AB'ye katılım müzakerelerinin başlamasıyla birlikte kurumlar arasında iletişim ve iş hacminde belirgin bir artış ortaya çıkmıştır. AB müktesebatına uyum, bu uyumun yürütülebilmesi için proje sunulması suretiyle AB mali kaynaklarından faydalanma ve katılım müzakerelerinin yürütülmesi hususlarında koordinasyon görevini yerine getirmektedir. Bu kapsamda, birbirini tamamlayan bir bütünsellik arz eden uyum, projelendirme ve müzakere süreci ülkemizdeki üst düzey siyasi, bürokratik ve teknik yönlendirmeye belli planlar ve programlar çerçevesinde yürütülmektedir. Müktesebat uyumunu sağlayan, projelendirme yapan ve katılım müzakerelerinde etkin rol oynayan icracı birimlere bu işlerin yürütülmesinde kurumlararası ve Bakanlık içi koordinasyon ve bilgi temini yönünde hizmet sağlamaktadır.

5.1.11. İnşaat ve Onarım Dairesi Başkanlığı

Bakanlığımız vizyonunu gerçekleştirmek üzere; her türlü plan etüt ve proje işleri ile mimarlık, mühendislik ve müteahhitlik hizmetleri kapsamında, her türlü mevzuatı, teknik dokümanı hazırlamak her türlü denetim işlerini yapmak, yaptırmak, onaylamak ve uygulanmasını sağlamaktır.

C

İDAREYE İLİŞKİN BİLGİLER

5.1.12. Kamu Özel Ortaklığı Dairesi Başkanlığı

Yapılmasının gerekli olduğuna Yüksek Planlama Kurulu tarafından karar verilen sağlık tesislerinin, Bakanlığımızca verilecek ön proje ve belirlenecek temel standartlar çerçevesinde, kendisine veya Hazine'ye ait taşınmazlar üzerinde ihale ile belirlenecek gerçek kişilere veya özel hukuk tüzel kişilerine kırk dokuz (49) yılı geçmemek şartıyla, belirli süre ve bedel üzerinden kiralama karşılığı yaptırılması, bağımsız ve sürekli nitelikli üst hakkı tesis edilmek suretiyle bu taşınmazların devredilmesine, kira bedeli ve kiralama süresinin tespiti, sağlık tesislerindeki tıbbi hizmet alanları dışındaki hizmet ve alanların işletilmesi karşılığında yenilenmesine yönelik hizmetleri sunmaktır.

5.2. Danışma ve Denetim Birimleri

5.2.1. Teftiş Kurulu Başkanlığı

Bakanlığımız teşkilatı ile Bakanlığımıza bağlı kuruluşların her türlü faaliyet ve işleriyle ilgili olarak teftiş, inceleme ve soruşturma işlerini yürütmek, Bakanlığın amaçlarını daha iyi gerçekleştirmek, mevzuata plan ve programa uygun çalışmasını temin etmek amacıyla gerekli teklifleri hazırlamak üzere alt yapı çalışmalarını yapmaktır.

5.2.2. Strateji Geliştirme Başkanlığı

Ulusal kalkınma strateji ve politikaları, yıllık program ve hükümet programı çerçevesinde; Bakanlığın orta ve uzun vadeli strateji ve politikalarını belirlemek, amaçlarını oluşturmak üzere gerekli çalışmaları yapmak, performans ve kalite ölçütleri geliştirmek, Bakanlığımızın yönetimi ile hizmetlerin geliştirilmesi ve performansla ilgili bilgi ve verileri toplamak, analiz etmek ve yorumlamak,

Bakanlığımızın hizmetleri etkileyecek dış faktörleri incelemek, kurum içi kapasite araştırması yapmak, hizmetlerin etkililiğini ve tatmin düzeyini analiz etmek ve genel araştırmalar yapmak, Bakanlığın stratejik plan ve performans programının hazırlanmasını koordine etmek ve sonuçlarının konsolide edilmesi çalışmalarını yürütmek, izleyen iki yılın bütçe tahminlerini de içeren idare bütçesini, stratejik plan ve yıllık performans programına uygun olarak hazırlamak ve idare faaliyetlerinin bunlara uygunluğunu izlemek ve değerlendirmek, Mevzuatı uyarınca belirlenecek bütçe ilke ve esasları çerçevesinde, ayrıntılı harcama program hazırlamak ve hizmet gereksinimleri dikkate alınarak ödeneğin ilgili birimlere gönderilmesini sağlamak, bütçe kesin hesabı ile mali istatistikleri hazırlamak, Bakanlığımızın gelirlerini tahakkuk ettirmek, gelir ve alacaklarının takip ve tahsil işlemlerini yürütmek, harcama birimleri tarafından hazırlanan birim faaliyet raporlarını da esas alarak idarenin faaliyet raporunu hazırlamak, Bakanlığın mülkiyetinde veya kullanımında bulunan taşınır ve taşınmazlara ilişkin icmal cetvellerini düzenlemek, Bakanlığımız yatırım programının hazırlanmasını koordine etmek, uygulama sonuçlarını izlemek ve yıllık yatırım değerlendirme raporunu hazırlamak, Bakanlığın, diğer idareler nezdinde takibi gereken malî iş ve işlemlerini yürütmek ve sonuçlandırmak, malî kanunlarla ilgili diğer mevzuatın uygulanması konusunda üst yöneticiye ve harcama yetkililerine gerekli bilgileri sağlamak ve danışmanlık yapmak, ön malî kontrol faaliyetini yürütmek, iç kontrol sisteminin kurulması, standartlarının uygulanması ve geliştirilmesi konularında çalışmalar yapmak; üst yönetimin iç denetime yönelik işlevinin etkililiğini ve verimliliğini artırmak için gerekli hazırlıkları yapmak, Başkanlığın idari, mali ve destek hizmetlerini yürütmek, Bakanlığın Döner Sermaye işlemlerinden bu yönergede belirtilenleri yürütmek.

5.2.3. Hukuk Müşavirliği

Bakanlığın diğer birimlerinden sorulan hukuki konular ile hukuki, mali, cezai sonuçlar doğuracak işlemler hakkında görüş bildirmek, Bakanlığın menfaatlerini koruyucu, anlaşmazlıkları önleyici hukuki tedbirleri zamanında almak, anlaşma ve sözleşmelerin bu esaslara uygun olarak yapılmasına yardımcı olmak, 8 Ocak 1943 tarih ve 4353 sayılı Kanun hükümlerine göre adli ve idari davalarda gerekli bilgileri hazırlamak ve hazineyi ilgilendirmeyen idari davalarda Bakanlığın temsil etmek, Bakanlığın amaçlarını daha iyi gerçekleştirmek, mevzuata plan ve programa uygun çalışmasını temin etmek amacıyla gerekli hukuki teklifleri hazırlamak ve Makama sunmak, Bakanlık kuruluşları tarafından hazırlanan veya diğer bakanlıklardan yahut Başbakanlıktan gönderilen kanun, tüzük ve yönetmelik tasarılarını hukuki açıdan inceleyerek görüşlerini bildirmek, ayrıca Hukuk Müşavirleri, Bakanlık ilgili ana hizmet birimlerinin faaliyetleri çerçevesinde çıkardıkları düzenleyici işlemler ile oluşturulan bir çok kurul ve komisyonlar ile diğer mevzuat ile öngörülen kurullara (Yüksek Disiplin Kurulu, Merkez Disiplin Kurulu, TBMM Komisyonları ve benzeri) iştirak etmekte, toplantı ve benzeri çalışmalara katılmaktadır.

5.2.4. Basın ve Halkla İlişkiler Müşavirliği

Bakanlığımız çalışma alanına giren ve yazılı medyada yer alan haberlerden basın bülteni oluşturmak; bu bülteni günlük olarak ilgili birimlere yönlendirmek ve takibini yapmak, yerel ve ulusal yayın yapan yazılı ve görsel tüm medya kuruluşlarını takip ederek bilgileri arşivlemek, kamuoyuna duyurulmasında fayda görülen tüm konularda basın açıklamaları yapmaktır.

İDAREYE İLİŞKİN BİLGİLER

5.3. Destek Hizmet Birimleri

5.3.1. Personel Genel Müdürlüğü

Bakanlığın insan gücü planlaması ve personel politikasıyla ilgili çalışmaları yapmak, açılacak veya kapasitesi artırılacak sağlık kurum veya kuruluşlarının ihtiyacı olan personelin temini amacıyla kadro ihdas çalışmaları yapmak, Bakanlık personelinin atama, nakil, emeklilik ve özlük iş ve işlemlerini yapmak, Görevde Yükselme Yönetmeliği kapsamında sınav ve görevde yükselme eğitimi çalışmalarını organize etmek, Türkiye genelinde fakülte, yüksekokul ve liselerden mezun olan sağlık personelinin diplomalarının tescil işlemlerini yapmaktır. Bakanlığımıza ihdas edilen kadrolar için Başbakanlık Devlet Personel Başkanlığı, Maliye Bakanlığı ve Başbakanlık Personel ve Prensipier Genel Müdürlüğü'nden açıktan atama müsaadesi almak, Başbakanlık Devlet Personel Başkanlığı'na ve Maliye Bakanlığı'na dolu-boş kadro değişikliği bildirilerek kadro hareketlerini belirtilen kurumlara ve Sayıştay Başkanlığı'na vizeletmek ve mevcut kadroların sınıf, unvan ve derece bazında kadro değişikliği çalışmalarını yapmaktır.

Atamaları Bakanlıkça yapılan personelin özlük dosyasını tutmak, mal bildirim formlarının takibini yapmak, disiplin, sicil, takdir, teşekkür ve ödül gibi hususlara ilişkin işlemleri yürütmektir.

5.3.2. İdari ve Mali İşler Dairesi Başkanlığı

Bakanlık Merkez Teşkilatı hizmetleri için gerekli araç, gereç ve malzemenin temini, temizlik, aydınlatma, ısıtma, bakım-onarım, taşıma, yemek ve güvenlik hizmetlerini sağlamak, sosyal tesisleri yönetmek, sağlık bilişimi ve teknolojileri konusunda standartları belirlemek, yayınlamak ve yaygınlaştırma faaliyetlerinde bulunmak, elektronik sağlık verilerinin gizliliği, güvenliği ve mahremiyetini muhafaza etmek amacıyla, bilgi sistemi kullanıcısı olan kurum ve kuruluşların alması gereken önlemler ve uymaları gereken standartların geliştirilmesi konusunda faaliyetlerde bulunmak, Bakanlığın, savunma ve milli seferberlik hizmetlerini planlamak, yürütmek, koordine ve takip etmektir.

5.3.3. Proje Yönetim Destek Birimi

Dış finansman kaynağıyla yürütülen projeler kapsamında, Bakanlık birimleri ile ulusal ve uluslararası kuruluşlar arasında koordinasyonu sağlamaktır. Ayrıca uygulayıcı birimler tarafından proje kapsamında satın alınan hizmetlerin, yapılan ödemelerin proje amaçlarına uygunluğunu izlemek ve değerlendirmektir.

Bakanlığımızın uygulayıcı birimlerine teknik destek vermek, proje sürecini düzenli olarak izlemek ve ölçmek, birim faaliyetlerinin proje amaçlarına uygunluğunu denetlemek.

Türkiye Cumhuriyeti ile Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası arasında 30 Haziran 2009 tarihinde imzalanan ve 29 Eylül 2009 tarihinde uygulamaya geçen Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Programı (SDSGRP). Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın devamı niteliğinde olan SDSGRP'den Bakanlığımız ve Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı sorumludur.

5.4. Bağlı ve İlgili Kuruluşlar

5.4.1. Bağlı Kuruluş

5.4.1.1. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı

»Toplum sağlığını tehdit eden her türlü enfeksiyon hastalıklarıyla mücadele kapsamında referans düzeyde laboratuvar tanıların, gerekli görülen saha incelemelerinin ve bilimsel araştırmaların yapılması,

»İlaç, tıbbi cihaz, kozmetik, serum, aşı, kan ve kan ürünleri gibi biyolojik ürünlerin ve kimyasal maddelerin Sağlık Bakanlığı'nın piyasa gözetimi ve denetiminden sorumlu olduğu tüm ürünlerle ilgili analizlerin piyasa gözetimi ve denetimi (PGD) ve ruhsata esas ilgili mevzuat kapsamında kontrol analizlerinin kaliteli ve güvenilir şekilde yapılması,

»Sağlık Bakanlığı'nın piyasa gözetimi ve denetiminden sorumlu olduğu tüm ürünlerle ilgili olarak tüketici güvenliği kapsamında oyuncakların, içme ve kullanma suları, havuz ve yüzme sularının ruhsat ve izleme analizleri ile biyosidal ürünlerin üretim izni ve uygunluk kontrollerine yönelik analizlerinin, temizlik ürünlerinin analizlerinin ve zehirlenmelerde etken tespitine yönelik analizlerin referans düzeyinde yapılması,

»Taniya ve tedaviye yönelik çeşitli antijen ve antiserumlar ile deney hayvanlarını üretmek,

»Halk sağlığının korunması amacıyla görev alanı dahilindeki konularda çeşitli kurum ve kuruluşlarda görevli kişilere, sağlık personeline ve halka yönelik farkındalık oluşturma, bilinçlendirme, mesleki gelişim amacıyla teorik ve uygulamalı eğitimler verilmesi, broşür afiş ve benzeri eğitim materyalleri hazırlanması, bilimsel işbirliğini geliştirmek ve deneyimleri paylaşmak için çeşitli seminer, sempozyum, konferans ve bilimsel toplantılar düzenlemek ve yayın yapmak,

»Hizmet alanı ile ilgili konularda başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere çeşitli kurum ve kuruluşlara talepleri doğrultusunda danışmanlık hizmeti vermek,

»Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji alanında uzmanlık eğitimi vermek.

C

İDAREYE İLİŞKİN BİLGİLER

5.4.1.2. Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü

Sağlık alanı kapsamına giren konularda, başta Bakanlığımızın personeli olmak üzere, talepte bulunan tüm kamu, özel kurum ve kuruluşların personeline teorik ve pratik eğitim ve öğretim yapmak; uzaktan eğitim programları geliştirmek ve uygulamak; sağlık ve sağlık hizmetleriyle ilgili her türlü eğitim materyali geliştirmek yayınlamak, yayınlamak, dağıtmak ve dağıtırmak; Bakanlık birimlerinin yayınlanmasını talep ettikleri dokümanların basımını gerçekleştirmek; sağlık eğitim kurumları, meslek kuruluşları, sağlıkla ilgili kamu kuruluşları ve diğer kuruluşlar ile sağlık yayınları konusunda işbirliği yapmak; sağlık alanına yönelik mezuniyet sonrası tekamül eğitimlerine ait sağlık sektörünün ihtiyaç duyduğu alanlarda kısa ve uzun süreli hizmet içi eğitim programları düzenleyerek orta

ve üst düzey sağlık yöneticileri yetiştirmek; kurumda görev yapan personelin bilgi, beceri ve deneyimini artırmak; yenilikleri takip etmek amacıyla ulusal ve uluslararası kurum ve kuruluşlarla protokoller çerçevesinde kısa ve uzun süreli personel değişimi yapmak veya personel göndermek; kurumun görev alanına giren konularda, ulusal veya uluslararası üniversite ve diğer kurum ve kuruluşlarla işbirliği protokolleri ve anlaşmalar yaparak ortak çalışmalar düzenlemek ve uluslararası eğitim ve araştırma merkezleri kurmak; sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine yönelik olarak yerli ve yabancı kuruluşlarca ihtiyaç duyulan alanlarda eğitim vermek, danışmanlık yapmak, araştırma yapmak, program geliştirmek, planlamak ve koordinasyon çalışmaları yapmak.



5.4.2. İlgili Kuruluş

5.4.2.1. Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü

Ülkemiz ve dünya sağlığının korunmasına katkıda bulunmak amacıyla, uluslararası anlaşmalardan kaynaklanan yetki ve gelirleri kullanarak, Türk Boğazları ile hudut ve sahillerde sağlık denetimleri yapmak, uluslararası geçerliliği olan sertifikaları düzenlemek ve küresel yayılım gösteren bulaşıcı ve salgın hastalıkların ülkemize girmesini ve çıkmasını önlemektir.

6. Yönetim ve İç Kontrol Sistemi

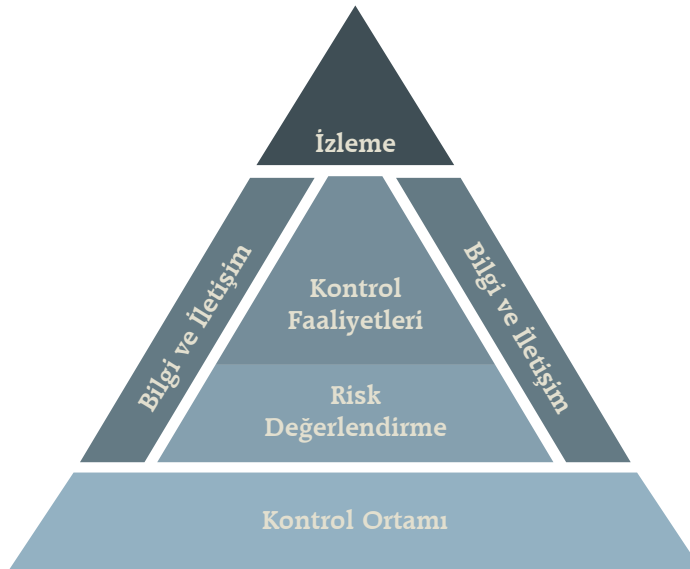
5018 sayılı Kamu Mali Yönetim Kontrol Kanunu kapsamında Kamu mali yönetim sistemimiz uluslararası standartlar ve Avrupa Birliği uygulamalarına uygun bir şekilde COSO (Bütünleşik Kontrol Çerçevesi) modeli örnek alınarak etkin bir iç kontrol sisteminin kurulması amaçlanmıştır.

Hizmetlerin etkinliğini sağlamak, verimliliği arttırmak ve idari ve mali raporların güvenliği ve yürürlükteki kanun ve düzenlemelere uygunluğunu ortaya koymak amacıyla bu model doğrultusunda 2009 yılında ilk adım olarak Strateji Geliştirme Başkanlığında pilot İç Kontrol Sistemi kurulması çalışmaları yapılmıştır.

İkinci adımda ise Maliye Bakanlığı'nca hazırlanan Kamu İç Kontrol Standartları tebliği çerçevesinde Bakanlığımız İç Kontrol Standartları Uyum Eylem Planını 30.06.2009 tarihinde yürürlüğe girmiştir.

Bakanlığımız Merkez Harcama Birimlerinde İç kontrol sisteminin temel bileşenleri olan kontrol ortamı, risk değerlendirme, kontrol faaliyetleri, bilgi ve iletişim ile izleme bileşenlerini oluşturmak, uygulanması ve geliştirilmesini sağlamak amacıyla oluşturulan eylem planı aşağıdaki unsurlardan oluşmuştur.

Şekil 11: İç Kontrol Sistemi (COSO Piramidi)



C

İDAREYE İLİŞKİN BİLGİLER

6.1. Kontrol Ortamı

İç kontrolün diğer unsurlarına temel teşkil eden genel bir çerçeve olup, tutum, mesleki yeterlilik, organizasyonel yapı, insan kaynakları politikaları ve

uygulamaları ile yönetim felsefesi ve iş yapma tarzına ilişkin hususları kapsar.

Tablo 4: İç Kontrol Unsurları, 2010

Standart Kodu ve Adı	Genel Şart	Belirlenen Eylem
Etik Değerler ve Dürüstlük	6	8
Misyon, Organizasyon Yapısı ve Görevler	7	9
Personelin Yeterliliği ve Performansı	8	13
Yetki Devri	5	5
Toplam	26	35

6.2. Risk Değerlendirmesi

İdarenin hedeflerinin gerçekleşmesini engelleyecek risklerin tanımlanması, analiz edilmesi ve gerekli önlemlerin belirlenmesi sürecidir.

Tablo 5: Risk Değerlendirme, 2010

Standart Kodu ve Adı	Genel Şart	Belirlenen Eylem
Planlama ve Programlama	6	6
Risklerin Belirlenmesi ve Değerlendirilmesi	3	6
Toplam	9	12

6.3. Kontrol Faaliyetleri

İdarenin hedeflerinin gerçekleşmesini sağlamak ve belirlenen riskleri yönetmek amacıyla oluşturulan politika ve prosedürlerdir.

Tablo 6: Kontrol Faaliyetleri, 2010

Standart Kodu ve Adı	Genel Şart	Belirlenen Eylem
Kontrol Stratejileri ve Yöntemleri	4	4
Prosedürlerin Belirlenmesi ve Belgelendirilmesi	3	3
Görevler Aynılığı	2	2
Hiyerarşik Kontroller	2	Mevcut
Faaliyetlerin Sürekliliği	3	5
Bilgi Sistemleri Kontrolleri	3	6
Toplam	17	20

6.4. Bilgi ve İletişim

Gerekli bilginin ihtiyaç duyulan kişi, personel ve yöneticiyle belirli bir formatta ve ilgililerin iç kontrol ve diğer sorumluluklarını yerine getirmelerine

imkan verecek bir zaman dilimi içinde iletilmesini sağlayacak bilgi ve kayıt sistemini kapsar.

Tablo 7: Bilgi ve İletişim, 2010

Standart Kodu ve Adı	Genel Şart	Belirlenen Eylem
Bilgi ve İletişim	7	8
Raporlama	4	3
Kayıt ve Dosyalama Sistemi	6	5
Hata, Usulsüzlüklerin ve Yolsuzlukların Bildirilmesi	3	1
Toplam	20	17

6.5. İzleme

İç kontrol sisteminin kalitesini değerlendirmek üzere yürütülen tüm izleme faaliyetlerini kapsar.

Tablo 8: İzleme, 2010

Standart Kodu ve Adı	Genel Şart	Belirlenen Eylem
İç Kontrolün Değerlendirilmesi	5	7
İç Denetim	2	4
Toplam	7	11
Genel Toplam	79	95

C

İDAREYE İLİŞKİN BİLGİLER

2010 yılında yukarıda belirtilen iç kontrol standartlarına yönelik eylemlerin oluşturulması ve uygulanması için Bakanlığımız 21 Merkez Harcama Biriminde İç Kontrol Sistemi Oluşturma Projesi gerçekleştirildi.

Bu proje kapsamında Merkez Harcama Birimlerimizde 1319 iş analizi yapıldı.

Kurumumuzun performanslarını artırmak için süreç ve risk yönetimi konusunda merkez harcama birimlerimizde sisteme dair 210 temel süreç ve 661 süreç tanımlandı. İç Kontrol Sistemi ile Bakanlığımızdaki süreçler ele alınarak İç Kontrol Standartları ve kontrollerini sağlıklı bir şekilde oluşturup sistemdeki süreçler tanımlanıp değerlendirip gerekli analizler yapıldı.

Merkez Harcama Birimleri İç Kontrol Sistemi kapsamında proje ekipleriyle birlikte yapılan çalışmalar ile kontrol ortamı standartları genel şartlarını gerçekleştirmek üzere 1423 iş akışı ve 1086 iş tanımı oluşturulmuştur. Elde edilen bu veriler ile Bakanlığımız organizasyon yapısını oluşturan temel fonksiyonlar, yetki ve sorumluluk dağılımı, hesap verme sorumluluğu, raporlamaya elverişli sağlıklı veri üretecek şekilde yeniden değerlendirilmiştir.

Yürütülen çalışmalarda sistemdeki mevcut yapı ve iş unvanları dikkate alınarak merkez harcama birimlerimizde yapısal öneriler getirerek, tüm merkez harcama birimlerinin organizasyon kitapları hazırlanmıştır.

Bakanlık Stratejik Planında açıklanan Güçlü-Zayıf Yönler, Fırsatlar-Tehditler Analizi dikkate alınarak risk yönetimi için İç Kontrol Sistemi eksenli GZFT Matrisi hazırlandı.

Sonuçlandırılan İç Kontrol Sistemi projesi ile Bakanlığımız idari ve mali tüm iş ve işlemlere yönelik yürüttüğümüz faaliyetlerin daha etken ve etkili bir yapıya kavuşturularak uygulanabilirliği hedeflenmiştir. 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 dokümanlar standarda bağlanmıştır.

Bakanlığımız merkez birimlerince düzenlenen 216 adet ödeme emri ile 33 adet taahhüt evrakı ve sözleşme tasarısının mevzuata uygunluğu kontrol edilmiştir. Bu ödeme emri ile taahhüt evrakı ve sözleşme tasarılarının incelenmesi neticesinde genel bütçe kaynaklı 2.787.935.512 TL ödeneğin mali kontrolü gerçekleştirilmiştir.



II. AMAÇ VE HEDEFLER



Sağlıkta Stratejik Yönetim

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

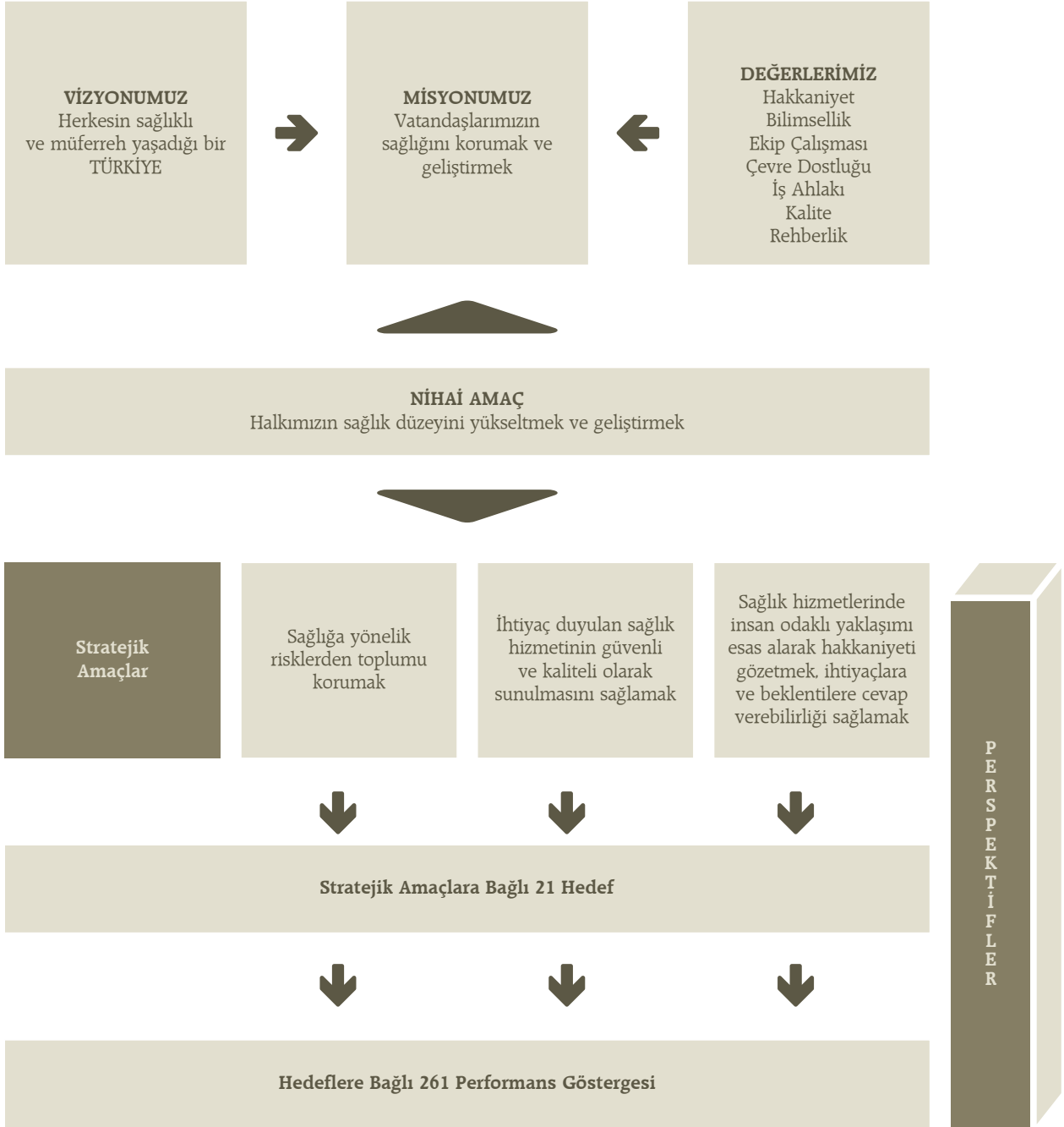
Stratejik yönetim, “stratejik planlama” ve “stratejik kontrol” gibi iki temel aşamadan oluşmaktadır. Stratejik planlama, uygulanacak stratejilerin formüle edilmesi; stratejik kontrol ise belirlenen stratejilerin doğru biçimde uygulanması ve hedeflenen sonuçlara ulaşılması için gerekli sistemler bütünü olarak tanımlanabilir. Stratejik yönetimin öğeleri de stratejik

planlama (misyon, vizyon, hedefler, faaliyet planı) ve stratejik kontrol (uygulama, ölçme, değerlendirme) başlıkları altında bulunmaktadır.

Stratejik yönetim kapsamında ilk olarak üst politika belgeleri ve Bakanlığımız stratejileriyle uyumlu 2010-2014 Stratejik Planı hazırlanmıştır. Stratejik Plan doğrultusunda planın uygulamasına yönelik performans hedef, gösterge ve faaliyetleri içeren yıllık performans programları hazırlanmıştır. Türkiye Sağlık Sistemi Performans Değerlendirmesi kapsamında hazırlanan strateji haritası temel alınarak Bakanlığımız Strateji Haritası oluşturulmuştur. Haritada bulunan amaç ve hedefleri ölçebilecek göstergeler belirlenmiştir.

İDARENİN AMAÇ VE HEDEFLERİ

Şekil 12: Sağlık Bakanlığı Stratejik Yol Haritası



Belirlenen toplam 261 göstergenin en doğru şekilde ölçümünün yapılabilmesi için “Balans Skorkart Sistemi” ve “Skor Performans Değerlendirme Sistemi” kurulmuştur.

Skor Performans Değerlendirme Sistemi ile stratejik hedefler ve stratejik performans göstergelerinin hızlı ve kolay bir şekilde organizasyon içerisinde iletişim sağlanmıştır. Üst yönetime, Strateji Haritası'nda bulunan Stratejik Hedefler'in detayına inerek, Birim performansına bağlı etkileri takip etme imkânı sunulmuştur. Çalışanların ortak bir sisteme bağlanarak, uygulama sürecinin başından itibaren birimleri ve kendileri ile ilgili tüm aşamaları izleyebilmelerine imkan verilmektedir.

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 Bakanlığımız stratejik hedefleri belirlendi; belirlenen 21 stratejik hedefin başarıyla başarılmadığını ölçmek için bu hedeflere bağlı 261 anahtar performans göstergesi tespit edilerek bu göstergelerin birim bazında performans takibini yapabilmek adına göstergeler birimler seviyesine indirildi. Her bir göstergenin hedefe ve üst göstergeye etki oranlarını belirleyerek stratejik hedefin başarı seviyesi takip edilmektedir.

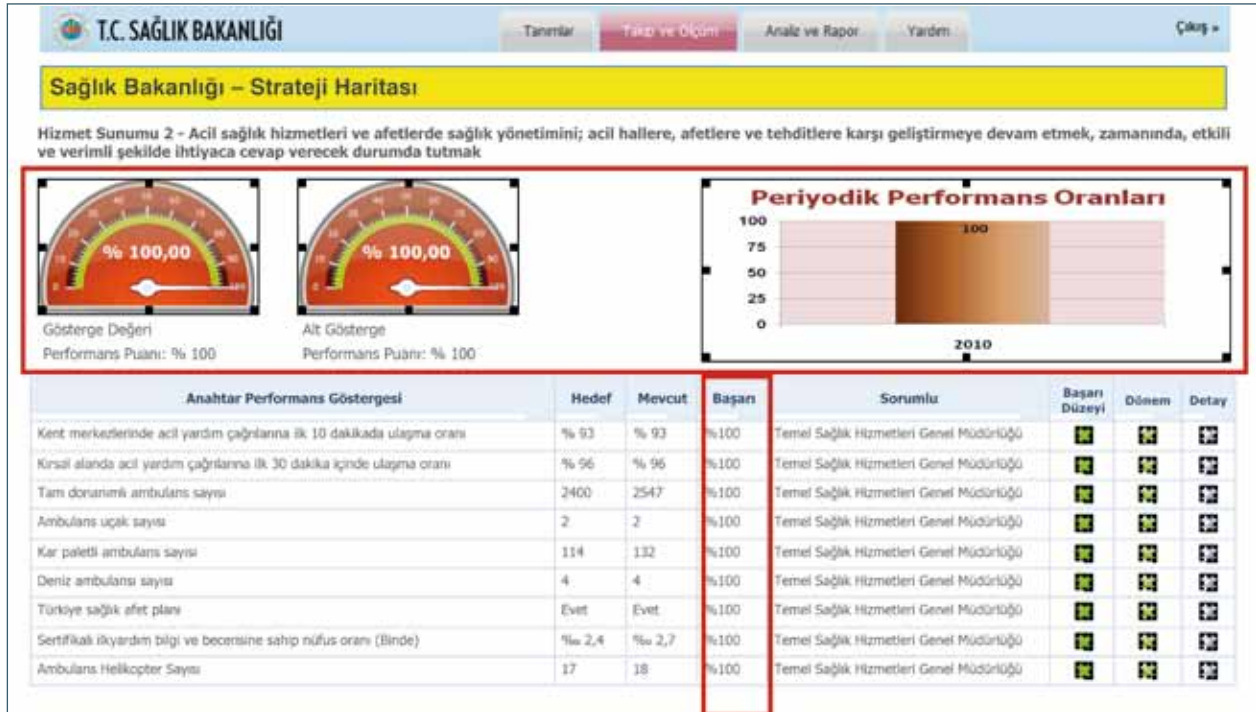
Tüm birimlerimizi performans karneleri bazında takip edilmektedir. Birim performans karneleri ile ilgili birimin göstergeleri, bu göstergelerin formülleri, ölçüm sıklıkları, hedef ve gerçekleşen değerleri, başarı yüzdeleri ve renkleri, periyodik performans trendleri ve var ise alt göstergelerin başarıları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

Gerek üst yönetimin gerekse de çalışanların hedeflere ulaşılmasına etki eden faktörlerin bilgisine kolaylıkla ulaşabilmesi ve hedeflere ulaşılması için gerekli aksiyonlar belirlenmiştir. Aksiyonlar genelde 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 tanımlanabilmektedir.

Üst yönetimin, Skor Performans Değerlendirme Sistemi ile kurumun performansını ve stratejik hedeflerin başarı düzeyini gerçek zamanlı olarak raporlar halinde takip edebilmesi sağlanmaktadır.

İDARENİN AMAÇ VE HEDEFLERİ

Şekil 13: Örnek Performans Değerlendirme, 2010



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

» Sağlık Bakanlığı stratejilerinin anahtar performans göstergeleri bazında birimler seviyesine indirilerek iletişimine destek olunmaktadır. Bu yolla tüm Sağlık Bakanlığı'nın aynı hedef ve amaçları özümseyerek hareket etmesi sağlanmaktadır.

» Geleneksel performans değerlendirme teknikleri yerine sistemli ve adil bir değerlendirme şekli olan stratejik performans değerlendirme yapısına geçişi sağlanmaktadır.

» Sağlık Bakanlığı stratejilerinin bütçe ile ilişkilendirilmesi sağlanmaktadır.

» 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 değerlendirmeleri sağlanmaktadır.

» Stratejik Yönetim'de kurum içerisinde ortak bir dil sağlanmaktadır.

» Gelişime açık noktaları, ölçüm sonuçları ve aksiyonlar doğrultusunda anlık olarak gözlemleyip ilerleme ve gelişimimizin sürekliliği sağlanmaktadır.

Bakanlığımız temel politika ve önceliklerinin yer aldığı resmi politika belgelerinin bazıları aşağıda sunulmuştur. Bunlardan başlıcaları; Dokuzuncu Kalkınma Planı (2007-2013)'de altı madde, Sağlık Bakanlığı Stratejik Planı (2010-2014), Orta Vadeli Program (2011-2013), Orta Vadeli Mali Plan (2011-2013), Sağlık Sosyal Güvenlik Reformu ile 60. Hükümet Eylem Planı (2008-2012)'dir.

1. Orta Vadeli Program (2011-2013)

1.1. Sağlık Sisteminin Geliştirilmesi

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

»Sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği, kalitesi ve etkinliği artırılacaktır.

»Koruyucu sağlık hizmetleri güçlendirilerek yaygınlaştırılacaktır.

»Akılcı ilaç kullanımı ve teşhise dayalı fiyatlandırma gibi uygulamalarla başta ilaç olmak üzere, sağlık harcamalarında etkinliğin artırılması sağlanacaktır.

»Sağlık Bakanlığı düzenleme, planlama ve denetleme rolü güçlendirilecek şekilde yeniden yapılandırılacaktır.

2. 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 bağlanmıştır.

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.

2011-2013 dönemi merkezi yönetim bütçesinin hazırlığına esas teşkil edecek temel makroekonomik göstergeler, gelir ve gider tahminleri, hedef bütçe açığı ve açık finansmanı ile genel ve özel bütçeli idarelerin ödenek teklif tavanlarına Mali Planın izleyen bölümlerinde yer verilmiştir. Kamu idareleri Orta Vadeli Program ile Orta Vadeli Mali Planda yer alan politika önceliklerini, makroekonomik göstergeleri ve ödenek tavanlarını esas almak suretiyle, çok yıllık bütçeleme anlayışına uygun olarak kendi kurumsal önceliklerini belirleyecek ve 2011, 2012 ve 2013 yılları için tekliflerini sunacaklardır.

A TEMEL POLİTİKALAR VE ÖNCELİKLER

3. Sağlık ve Sosyal Güvenlik Reformu Programı

2003 yılından beri uygulanmakta olan Sağlık ve Sosyal Güvenlik Reformu Programıyla; Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılarak düzenleme, planlama ve denetleme rolünün güçlendirilmesi, herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası sisteminin oluşturulması, sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve erişiminin kolaylaştırılması ile kalitesinin artırılması, akılcı ilaç ve malzeme kullanımının sağlanması ve sağlık bilgi sisteminin etkinleştirilmesi hedeflenmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uygulanmasına destek sağlamak amacıyla yürütülmekte olan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın 1. aşaması 2009 yılında tamamlanmıştır. Sağlık Bakanlığı ile Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığınca yürütülecek olan ve programın 2. aşaması olarak değerlendirilen Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Programı 30 Haziran 2009 tarihinde yürürlüğe girmiştir.

Sağlık Bakanlığı'nın planlayıcı ve denetleyici rolünün güçlendirilmesi için teşkilat kanunu yenilenecek, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi uluslararası geçerliliği olan Ulusal Halk Sağlığı Kurumu'na dönüştürülecektir. Hizmet kalitesini ve verimliliğini artırmak amacıyla, kamu hastaneleri idari ve mali açıdan kademeli olarak özerkleştirilecektir. İlaç, ilaç üretiminde kullanılan maddeler ve tıbbi cihazların üretimi, ithalatı, ihracatı, piyasaya arzı, hizmete sunulması, kullanımlarını düzenlemek ve bunların uygulamalarının topluma, güvenli, etkili, kaliteli ve standartlara uygun bir şekilde ulaşmasını temin etmek için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu

kurulacaktır. Temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve sevk zincirinin etkin kullanımını sağlamak amacıyla Aile Hekimliği pilot uygulamasına 2005 yılında başlanmıştır. 2010 yılı sonunda uygulamanın tüm yurda yaygınlaştırılması tamamlanmıştır.

İlaç takip sistemi çalışmaları devam etmekte olup ilaç takibi, sahte ilaç ve ambalajlardan korunmayı ve ilaçların güvenliği ile ilgili klinik verilerin toplanmasını sağlayacak olan karekodun ürünler üzerine 1 Ekim 2009 tarihinden itibaren yazılması zorunlu hale getirilmiştir. Sağlık hizmet sunumundaki kapasite artışı ile hizmetlere erişim olanaklarının iyileştirilmesi ve döviz kurundaki artışında etkisiyle ilaç harcamalarının artması yıllar itibarıyla kamu sağlık harcamalarında artışa neden olmuştur. Tüm bileşenleri ile temel politika ve önceliklerimizi yansıtmaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın temel bileşenleri aşağıda sıralanmıştır:

- » Etkili kılavuzluk için Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılması,
- » Sağlık Sigorta Fonu ile Genel Sağlık Sigortası (GSS) için kurumsal kapasitenin oluşturulması,
- » Sağlık hizmetleri sunumunun yeniden organizasyonu,
- » Halk sağlığı fonksiyonlarının ve insan kaynakları kapasitesinin güçlendirilmesi,
- » Proje yönetimi, ve sağlık eğitim merkezlerinin tamamlanması.

B

TEMEL POLİTİKALAR VE ÖNCELİKLER

4. Altmışıncı Hükümet Eylem Planı

60. Hükümet Eylem Planı içerisinde aşağıdaki konu başlıkları içerisinde yer aldığımız “Sosyal Yapının Güçlendirilmesi” faaliyetleri ile ilgili açıklamalar Tablo 9’da yer almaktadır.

Kod No	Faaliyet	Sorumlu Kuruluş	İş Birliği Yapılacak Kuruluşlar
SOSYAL YAPININ GÜÇLENDİRİLMESİ			
SYG-17	Aile hekimliği uygulaması ülke genelinde yaygınlaştırılacaktır.	Sağlık Bakanlığı	Maliye Bak., Sosyal Güvenlik Kurumu, Yerel Yönetimler
SYG-18	Sağlıkta Dönüşüm Programı sürdürülecektir.	Sağlık Bakanlığı	Maliye Bak., Millî Savunma Bak., DPT, Sosyal Güvenlik Kurumu, Türk Hava Kurumu, Üniversiteler Meslek Odaları, TSE, İŞKUR, TÜİK

Tablo 9: Altmışıncı Hükümet Eylem Planı

Süre	Yapılacak İşlem ve Açıklama	Teklif Eden Kuruluş	Kaynak
2008-2010	Aile hekimliği uygulaması, mevcut uygulamanın sonuçları da dikkate alınarak 2010 yılı sonuna kadar tüm ülkeye yaygınlaştırılacaktır. - 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanunu yerine aile hekimliği uygulama kanunu çıkarılacak ve alt mevzuatı oluşturulacaktır.	Sağlık Bakanlığı	HP s.20, p. 9
2008-2012	Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında; » Sağlık Bakanlığı'nın planlayıcı ve denetleyici rolünün güçlendirilmesi için teşkilat kanunu yenilenecek; Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi uluslararası geçerliliği olan Ulusal Halk Sağlığı Kurumuna, Hıfzıssıhha Mektebi ise Sağlık Enstitüsüne dönüştürülecektir. » Hastane hizmetlerinin kalitesinin ve verimliliklerinin artırılması amacıyla öncelikle kamu hastane birlikleri oluşturulacak, pilot çalışmalar yürütülecek ve tüm hastaneler kademeli olarak özerkleştirilecektir. » İlaçlar ve ilaç üretiminde kullanılan maddeler, kozmetikler ile tıbbi cihazların üretimi, ithalatı, ihracatı ve topluma, güvenli, etkili, kaliteli ve standartlara uygun bir şekilde ulaşmasını temin etmek için her türlü düzenlemeyi yapmak ve denetlemek üzere İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu kurulacaktır. » Ulusal ve gerektiğinde uluslararası hasta ve yaralı tahliyesini sağlamak amacıyla "Hava Ambulans Sistemi" kurulacaktır. » Sağlık hizmetlerinde eşgüdüm için, bireylerin tıbbi kayıtlarının oluşturulmasını, korunmasını ve paylaşılmasını, sevk basamakları esnasında bilgi transferini ve temel sağlık uygulamalarındaki verilerin toplanmasını sağlamak amacıyla Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi oluşturulacaktır. » Hizmet kalitesinin artırılması amacıyla hizmet sunumuna ve personele ilişkin ulusal standartlar belirlenmesi ve sağlık kuruluşlarının akreditasyonu için Sağlık Akreditasyon Sistemi oluşturulacaktır.	Sağlık Bakanlığı	HP s.20, p. 8

B TEMEL POLİTİKALAR VE ÖNCELİKLER

Kod No	Faaliyet	Sorumlu Kuruluş	İş Birliği Yapılacak Kuruluşlar
SOSYAL YAPININ GÜÇLENDİRİLMESİ			
SYG-22	Genel sağlık sigortası sistemi, uygulamaya konulacaktır.	Sosyal Güvenlik Kurumu	DPT, Hazine Müst., Maliye Bak., Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bak., Sağlık Bak.
SYG-23	Sosyal güvenlik, sosyal yardım ve sosyal hizmet şemsiyesi merkezi bir organizasyonla tüm vatandaşları kapsayacak, sistemdeki dağınıklık, mükerrerlikler ve veri eksiklikleri giderilecektir.	Sosyal Güvenlik Kurumu	ÇSGB, Maliye Bak., Sağlık Bak., İçişleri Bak., DPT, Hazine Müst., İŞKUR, TÜİK, SHÇEK, SYDGM, Vakıflar Gn. Md., ÖZİDA, Yerel Yönetimler, STK'lar

Süre	Yapılacak İşlem ve Açıklama	Teklif Eden Kuruluş	Kaynak
2008-2012	» Genel sağlık sigortası sistemi, Sağlıkta Dönüşüm Programıyla birlikte aile hekimliği, koruyucu hizmetler, yoksulların primlerinin devletçe karşılanması ve 18 yaşın altındaki çocukların tamamının sağlık güvencesi altında olması gibi ilkelere dayalı olarak yürürlüğe konulacaktır. Genel sağlık sigortası sisteminin getireceği mali yükün öngörülenin üzerine çıkması halinde, sistem gözden geçirilerek mali yükü azaltmaya yönelik tedbirler alınacaktır.	Sosyal Güvenlik Kurumu	HP s.9, 20, p.5, 8, 11
2008-2012	» Sosyal sigorta, sosyal yardım ve sosyal hizmetler merkezi bir organizasyon ve sosyal güvenlik merkezleri üzerinden vatandaşlara ulaştırılacaktır. Sosyal Yardım ve Primsiz Ödemeler Kanunu çıkarılacak, sistemle ilgili düzenlemeler ve veritabanı ile ilgili teknik çalışmalar tamamlanacaktır. Sosyal hizmet ve yardım sisteminin bilgi işlem altyapısında tam otomasyona geçilerek, hak kaybını ve mükerrer yararlanmayı önleyen etkili, erişilebilir ve sürdürülebilir hizmet sunan bir yapı oluşturulacaktır. Vatandaşlık numarasını esas alan sorgulamalarla sosyal hizmet ve yardım sisteminden mükerrer yararlanma önlenecektir. Veri tabanları arasında bilgi paylaşımı ve etkin denetim sağlanacaktır. Bütün vatandaşların durumu ve ihtiyaçları bilinecek, sosyal yardım ve hizmetler talep edilmeksizin ihtiyaç sahiplerine ulaştırılacaktır.	Sosyal Güvenlik Kurumu	HP s.17, p.17, s.21, p.16



III. FAALİYETLERE İLİŞKİN BİLGİ ve DEĞERLENDİRMELER





1. Bütçe Uygulama Sonuçları

1.1. Genel Bütçe Uygulama Sonuçları

2010 yılında Bakanlığımız bütçesine Yeşilkart ödeneği hariç 9.3 Milyar TL ödenek tahsis edilmiştir. Yıl içi işlemlerle bu rakam 8.7 Milyar TL'ye düşmüş olup 9.8 Milyar TL harcama gerçekleşmiştir. Söz

konusu fark personel giderleri ve Sosyal Güvenlik Kurumuna ödenen devlet primi giderlerinden kaynaklanmaktadır.

Tablo 10: Ödenek ve Harcama Gerçekleşmeleri, 2010

	Kesintili Başlangıç Ödeneği	Harcama	Harcama/KBÖ Oranı (%)
Genel Bütçe (Yeşilkart Hariç)	9.339.196.000	9.816.878.032	105
Yeşilkart	4.603.000.000	4.951.215.368	107
Genel Toplam	13.942.196.000	14.768.093.400	106

1.2. Döner Sermaye Bütçe Uygulama Sonuçları

Bakanlığımıza bağlı döner sermayeli kurum ve kuruluşlar için 2010 yılında global bütçe uygulamasına devam edilmiştir. Bakanlığımıza 2010 yılı için

belirlenen global bütçe rakamı 12.257 Milyon TL dir. Bu miktara 2011 yılı global bütçesinden mahsup edilmek üzere ilave olarak verilen 464 Milyon TL ile birlikte toplam 2010 yılı global bütçesi 12.721 Milyon TL olarak gerçekleşmiştir.

**Tablo 11:** Yıllar İtibarıyla Kamu Tahakkuk-Tahsilat ve Terkin Rakamları, 2004-2010

Yıl	Tahakkuk	Tahsilat	Terkin
2004	5.936.000.000	5.183.000.000	753.000.000
2005	6.629.000.000	4.870.000.000	1.759.000.000
2006	9.030.000.000	7.789.000.000	1.241.000.000
2007	10.301.000.000	9.233.000.000	1.068.000.000
2008	12.245.000.000	10.173.000.000	2.072.000.000
2009	13.522.000.000	11.852.000.000	1.670.000.000
2010*	14.426.000.000	12.721.000.000	1.668.000.000
Toplam	72.089.000.000	61.821.000.000	10.231.000.000

*Daha önceki yıllara ilişkin tahakkuk ve tahsilat rakamları Sağlık Harcamaları Komisyonunca mutabık kalınan rakamlar olup, 2010 yılı rakamları projeksiyondur.

2004-2010 yılları arasında Bakanlığımız kurumlarının Sosyal Güvenlik Kurumuna (Yeşil Kart dahil) verdiği hizmetin bedeli 72 Milyar TL civarında iken, bu bedelin 61.8 milyar TL'si tahsil edilmiştir.

Bakanlığımız kurumlarının Sosyal Güvenlik Kurumuna verdiği hizmet bedelinin son 7 yılda yaklaşık olarak %15'i terkin edilmiştir.

2. Temel Mali Tablolara İlişkin Açıklamalar

Tablo 12: Ödenek ve Harcamaların Ekonomik Sınıflamaya Göre Dağılımı, 2010

Ödenek ve Harcamaların Ekonomik Sınıflandırmaya Göre Dağılımı (2010)			
Ekonomik Sınıflar	Yıl Sonu Ödeneği	Harcama	Harcama/YSÖ Oranı (%)
Personel Giderleri	3.470.147.282	5.492.606.946	158,28
Sos.Güv.Kur.Devlet Primi Gid.	1.022.761.000	1.294.067.850	126,53
Mal ve Hizmet Alım Giderleri	2.532.903.913	2.165.504.590	85,49
Cari Transferler	9.940.900	9.208.324	92,63
Sermaye Giderleri	1.674.420.718	855.018.180	51,01
Sermaye Transferleri	973.000	472.142	48,52
Toplam	8.711.146.813	9.816.878.032	112,69
Yeşil Kart Toplamı	4.959.856.000	4.951.215.368	99,83
Genel Toplam	13.671.002.813	14.768.093.400	108,02

Tablo 12'de görüldüğü üzere Sağlık Bakanlığı'nın 2010 yılı ödenek ve harcamalarının ekonomik sınıflandırmaya göre dağılımı incelendiğinde

Yeşilkart ödeneği hariç toplam 8.711.146.813 TL ödenek tahsis edilmiş olup, 9.816.878.032 TL toplam harcama gerçekleşmiştir.

Tablo 13: Yeşil Kart Ödenek ve Harcamaları, 2010

Yeşil Kart Ödenek ve Harcamaları (2010)				
Giderin Türü	Kesintili Başlangıç Ödeneği	Yıl Sonu Ödeneği	Harcama	Harcama/YSÖ Oranı (%)
İlaç	1.292.000.000	1.542.000.000	1.541.055.893	99,94
Birinci Basamak	204.000.000	204.000.000	204.000.000	100,00
Devlet Hastaneleri	2.675.000.000	2.744.150.000	2.741.262.810	99,89
Üniversite Hastaneleri	410.000.000	447.000.000	444.373.563	99,41
Özel Hastaneler	0	2.056.000	538.812	26,21
Optik Giderleri	22.000.000	20.650.000	19.984.289	96,78
Genel Toplam	4.603.000.000	4.959.856.000	4.951.215.368	99,83

Tablo 13'te görüldüğü üzere 2010 yılında Bakanlığımız bütçesine Yeşilkart ödenekleri olarak 4.6 Milyar TL tahsis edilmiştir. Yıl içi işlemlerle bu rakam 4.9 Milyar

TL'ye ulaşmıştır. Yeşilkartlı vatandaşlarımızın tedavi giderleri için 4.9 Milyar TL harcama gerçekleşmiştir.

Yeşil Kart Ödenek Yönetimi

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

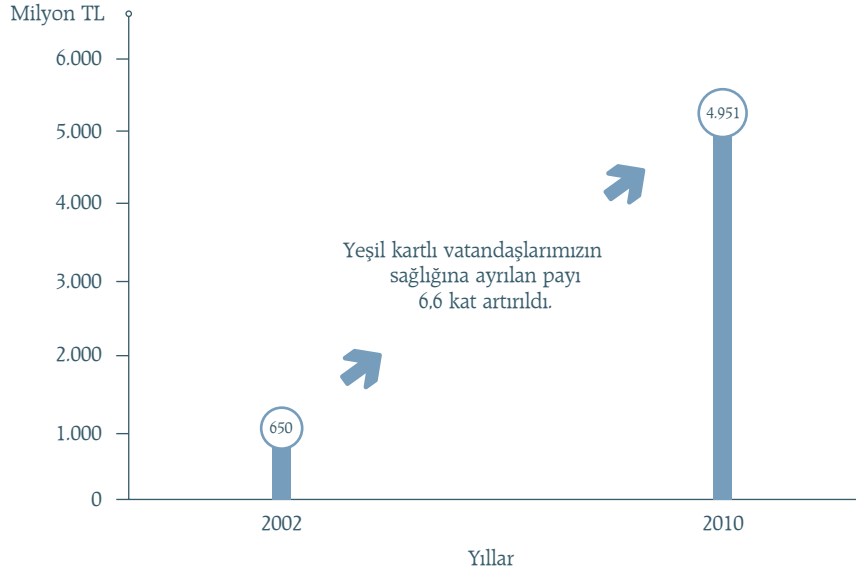
Tablo 14: Yıllar İtibariyle Yeşil Kart Harcamaları

	2008	2009	2010
İlaç	1.298.848.558	1.759.788.274	1.541.055.893
Devlet Hastanesi	2.248.738.505	3.197.854.828	2.945.262.810
Üniversite	386.031.173	528.475.741	444.373.563
Özel Hastaneler	-	-	538.812
Optik	22.691.856	24.421.638	19.984.289
Genel Toplam	3.956.310.092	5.510.540.481	4.951.215.368

Tablo 14'te görüldüğü üzere 2010 yılında Devlet Hastanelerimizde yeşilkart harcamaları 2.945.262.810 TL olarak gerçekleşmiştir.



Grafik 2: Yeşil Kartlı Vatandaşlarımızın Sağlığına Ayrılan Pay, 2002-2010 (Milyon TL)



Yeşil Kartlı Vatandaşlarımızın Sağlığına ayrılan pay 6,6 kat artırıldı.

Tablo 15: Aile Hekimliği Harcama Miktarları, 2010

Aile Hekimliği Harcama Miktarları (2010)				
	Kesintili Başlangıç Ödeneği	Yıl Sonu Ödeneği	Harcama	Harcama/YSÖ Oranı (%)
Aile Hekimliği	1.333.000.000	1.408.000.000	1.388.043.219	98,58

Tablo 15’de görüldüğü üzere 2010 yılında Bakanlığımız bütçesine aile hekimliği harcamaları

için 1.3 Milyar TL ödenek tahsis edilmiş olup 1.3 Milyar TL harcama gerçekleşmiştir.

Bütçenin Etkin ve Verimli Kullanılması

Grafik 3: Yıllar İtibariyle Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Genel Bütçe İçindeki Payı, 2002-2010 (%)



*Rakamlara devralınan SSK kuruluşlarının bütçesi dahil, Yeşil Kart bütçesi hariçtir.

Grafik 3'te görüldüğü üzere 2010 yılında sağlık hizmetleri için Genel Bütçeden ayrılan pay %3.31'e yükseltilmiştir.

Tablo 16: Sağlık Bakanlığı Hizmet Sunumu İçin Ayrılan Finansman

Açıklama	2010	2011(Tahmini)	Değişim Oranı
Genel Bütçe Toplamı (Yeşil Kart Hariç)	9.339.196.000	12.546.539.200	%34
Döner Sermaye Bütçesi	12.721.000.000	12.938.000.000	%1
Genel Toplam	22,060.196.000	25,484.539.200	%15

Bakanlığımıza verilen ödenek tavanları içerisinde kalınmak kaydıyla yeni istihdam edilecek olan personel, aile hekimliği hizmetlerine 81 ilde uygulamaya geçilmesi ve yeni başlanacak hizmetler (evde sağlık hizmetleri vb.) gibi hususlar göz önünde

bulundurulmak suretiyle stratejik plana dayalı performans esaslı bütçeleme modeline göre bütçesi hazırlanmaktadır. Tablo 16'da görülen değişim oranındaki artış Aile Hekimliği'ne 81 ilde geçilmesi nedeniyle oluşmuştur.

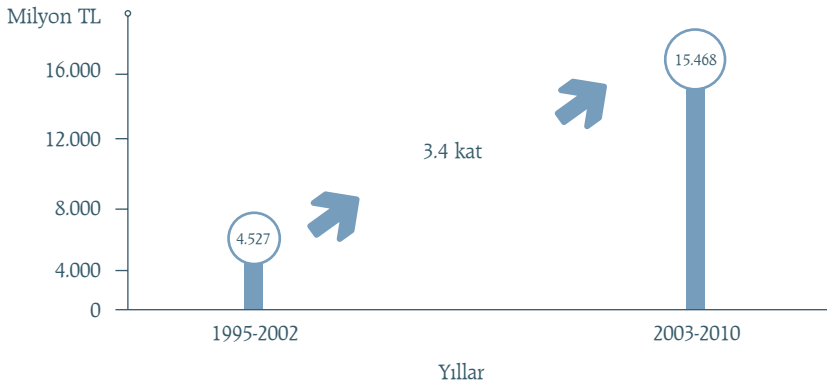
Grafik 4: Yıllar İtibariyle Sağlık Bakanlığının Ödenek Kullanım Oranları





Grafik 4'te görüldüğü üzere 2005 yılında %96'lar seviyesinde olan ödenek kullanım oranını 2010 yılında %99.5 seviyesine çıkarılmıştır.

Grafik 5: Sağlık Yatırım, Donanım ve Taşıt Alımı Harcamaları (2010 yılı fiyatlarıyla / Milyon TL)



Grafik 5'te görüldüğü üzere Bakanlığımız hizmet sunumlarının en önemli altyapılarından olan Yatırım,

Donanım ve Taşıt Alım Harcamalarına son yıllarda bütçeden önemli pay ayırmaktadır.

3. Diğer Hususlar

3.1. Sağlık Harcamalarının Takibi

Hükümet olarak 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

Sağlık Harcamaları İzleme ve Değerlendirme Komisyonunu kurulmuştur. Bu komisyon tarafından sağlık harcamalarının gelişimine ilişkin analizler yapılmakta ve bu analizler sonucunda gerek duyulması halinde yeni politikalar belirlenmektedir.

4. Mali Denetim Sonuçları:

Bakanlığımızda İç Denetim Birim Başkanlığı tarafından;

» Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Başkanlığında (pilot) Sistem Denetimi,

» İdari ve Mali İşler Dairesi Başkanlığı İş ve İşlemlerinin Sistem Denetimi,

» Kansere Savaş Dairesi Başkanlığı'nın Süreçleri, Riskleri ve Risk Matrisinin oluşturulması ile Sistem Denetimi,

» Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Taşınırın Yönetiminin Denetimi ve

» Strateji Geliştirme Başkanlığında İç Kontrol Sisteminin Uygunluk Denetimi gerçekleştirilmiştir.



1. Faaliyet ve Proje Bilgileri

Sağlık Bakanlığının Faaliyet ve Proje Bilgileri aşağıda yer alan beş ana başlık altında toplanmıştır. Bu başlıklar altında birimler tarafından 2010 yılı itibarıyla yapılan bazı önemli proje ve faaliyetler ile ilgili başlıklar aşağıda yer almaktadır.

- » Koruyucu ve Temel Sağlık Hizmetleri
- » Teşhis ve Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri
- » Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri
- » Sağlık Hizmetleri İçin Altyapı Sağlanması
- » Sağlık Yönetiminin Geliştirilmesi

A. Koruyucu ve Temel Sağlık Hizmetleri

A.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri: Aile Hekimliği

2003 yılından itibaren uygulanmaya başlanan Sağlıkta Dönüşüm, insan merkezli bir program olup birinci basamak sağlık hizmetinin planlanması ve sunumunda bireylerin ihtiyaç, talep ve beklentilerini esas almaktadır. Bu programın önemli bileşenlerinden biri, birinci basamak sağlık hizmetinin çağdaş uygulama şekli olan aile hekimliğidir. Aile hekimliği; bireyleri biyo-psiko-sosyal çevreleri ile birlikte doğumdan ölüme kadar bir bütün olarak ele alan, bireylere seçme ve tercih etme hakkı tanıyan, sağlık çalışanlarına ise daha fazla mesleki doyum imkânı

veren motive edici ve gelişmelere açık bir uygulamadır.

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.

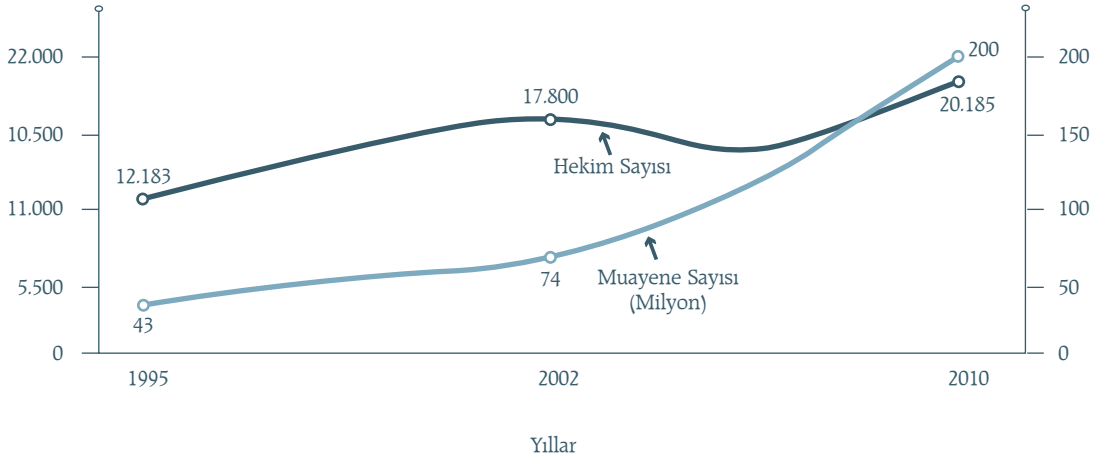
Aile hekimliği kanunu 2004 yılı sonunda yasalaşarak, ilk uygulamaya 15 Eylül 2005 tarihinde Düzce ilinde başlanmıştır. 13 Aralık 2010 tarihi itibarıyla ülkemizin tamamında aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir.

Uygulama ile bireysel koruyucu sağlık hizmeti ile ilk kademedeki teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerini aile sağlığı merkezlerinde, toplumsal koruyucu sağlık hizmetlerinin koordinasyonun da yer aldığı diğer görevleri toplum sağlığı merkezlerinde toplanmıştır.

Ülke genelinde Aile Hekimliği uygulamasına geçildikten sonra 31 Aralık 2010 tarihi itibarıyla, toplam 20,185 hekim görev yapmaya başlamıştır. Böylece vatandaşlarımızın hekime daha kolay ulaşabilmesi sağlanmıştır.



Grafik 6: Birinci Basamakta Çalışan Hekim ve Yapılan Muayene Sayısı



2010 sonu itibariyle 3.600 kişiye bir aile hekimi hizmet vermektedir. Yıllar itibariyle aile hekimine kayıtlı kişi sayısının kademeli olarak azaltılması planlanmıştır

Aile hekimliği hizmetini, kişilerin sağlık sigortası olup olmamasına bakmaksızın herkes için tamamen ücretsiz bir şekilde verilmektedir. Muayene, müdahale, birinci basamakta yapılan tetkikler, taramalar, aşılamalar, gezici sağlık hizmeti ve evde bakım hizmetini kapsayan bu paket için katkı payı da alınmamaktadır.

Aile hekimleri kırsal bölgede yaşayanlara periyodik aralıklarla gezici sağlık hizmeti vermektedirler. 2010 yılında yapılan değişiklikle, huzurevi, cezaevi ve çocuk bakımevi gibi yerlerde yaşayanlara yerinde sağlık hizmeti, yatalak hastalara ise evde bakım hizmeti verilmeye başlanmıştır. Ayrıca, Eylül 2009'dan itibaren Sağlık Bakanlığı ve Türk Eczacıları Birliği ortaklığı ile yapılan protokol gereği yaşadıkları bölgede eczane

bulunmayan halkın tedavisi için hekim tarafından yazılan ilaçların temin edilmesine imkan sağlayan mobil eczane uygulamasına başlanmıştır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı insan odaklı olup vatandaşlarımızın verilen sağlık hizmetinden memnuniyeti oldukça önemlidir. Aile hekimliği uygulaması ile aile hekimlerinin çalışma ortamları ve vatandaşlarımızın hizmet aldığı fiziki ve teknik şartlar iyileştirilmiştir. Aile sağlığı merkezlerine başvuran vatandaşlarımız, güler yüzle ve daha iyi eğitim almış personelle karşılaşmakta ve daha kaliteli sağlık hizmeti almaktadırlar. Bunun yansıması olarak da aile hekimliği uygulamasına geçilen illerde, vatandaşlarımızın birinci basamak sağlık kuruluşlarını tercihi tüm muayeneler içinde 2010 yılında %51'e çıkmıştır. Vatandaşlarımızın sağlık hizmetini birinci basamaktan alma talebi giderek artmaktadır.

A.2. Anne ve Çocuk Sağlığı

A.2.1 Anne Ölümlerini İzleme Programı

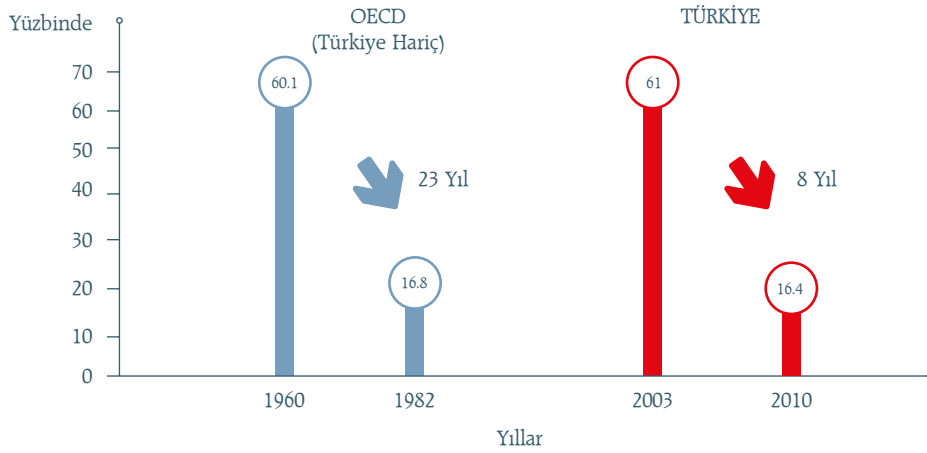
Gebelik süresince, doğum sırasında ve sonrasında sağlık hizmetlerine erişme, sağlık hizmetlerinden faydalanma ve bu hizmetlerin kalitesi ile daha geniş çerçeveden bakıldığında kadının eğitimi, toplumsal cinsiyet eşitliği ve sosyal şartlar anne ölümlülüğü ile ilişkilidir. Bu özelliği ile anne ölümlerinin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

Anne ölümleri gebelik, doğum, doğum sonrası 42 günlük dönemde meydana gelen kadın ölümlerini kapsamaktadır.

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

Sağlık Bakanlığı Anne Ölümleri Ön İnceleme Komisyonunda, anne ölümleri sınıflandırılmakta, nedenleri tam olarak belirlenemeyen ölümler, hastane, hekim ve anne adı gizli kalmak üzere Merkez İnceleme Komisyonunda görüşülmektedir. 2010 yılı anne ölüm hızı yüzbinde 16.4'tür.

Grafik 7: Anne Ölüm Hızı (Yüzbinde)



Kaynak: OECD Health Data 2009, Sağlık Bakanlığı

OECD ülkelerinin anne ölümlerinde 23 yılda kat ettiği mesafe son 8 yılda başarılmıştır.

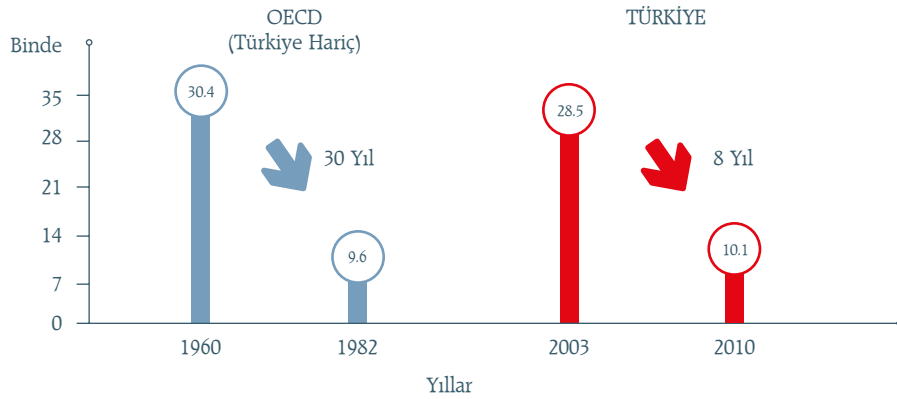


A.2.2. Bebek Ölümlerini İzleme Programı

Bakanlığımız uygulamaları ile 2009 yılında binde 13.1 olan bebek ölüm hızı 2010 yılında binde 10.1 olarak gerçekleşmiştir. Bebek ölüm hızının, 2011 yılı

sonunda gelişmiş ülkelerdeki tek haneli rakamlara çekilmesi hedeflenmektedir.

Grafik 8: Bebek Ölüm Hızı (Binde)



Kaynak: OECD Health Data 2009, TNSA, 2008

OECD ülkelerinin bebek ölümlerinde 30 yılda kat ettiği mesafe son 8 yılda başarılmıştır.

A.2.3. Doğum Öncesi Bakım

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.

A.2.4. Maternal ve Neonatal Tetanoz Eliminasyon Programı

Türkiye’de Maternal ve Neonatal Tetanozun (MNT) elimine edilmesi ve buna bağlı ölümlerin engellenmesi amacıyla yürütülmüştür. Mayıs 2009 tarihinde Maternal ve Neonatal Tetanozun ülkemizde elimine edildiği DSÖ duyurusuyla belgelenmiştir.

A.2.5. Yenidoğan Canlandırma Programı

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

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

Bu kapsamda oksijensizliğe bağlı ölümlerin ve sakatlıkların önlenmesi için, her doğum salonunda mutlaka, eğitilmiş en az bir sağlık personelinin bulunmasının amaçlandığı Yenidoğan Canlandırma Programını 1998 yılında başlatıldı.

Sağlık Bakanlığı hastanelerinde; yenidoğan merkezi sayısı 143’e, yenidoğan yoğun bakım yatak sayısı ise; 2.544’e ulaşmıştır. Yenidoğan üniteleri mevcut durumu Tablo 17’de yer almaktadır.

Tablo 17: Yenidoğan Üniteleri Mevcut Durumu

Yenidoğan Üniteleri	2009	2010
Yenidoğan Merkezi Sayısı	119	143
Yenidoğan Yoğun Bakım Yatak Sayısı	2.140	2.544
Taşınabilen Kuvöz Sayısı	434	540
Suni Solunum Cihazı Sayısı	570	684
Yenidoğan Canlandırma Eğitimi Almış Personel Sayısı	26.561	32.282

A.2.6. Yenidoğan Tarama Programı

Yenidoğan işitme taraması program “işitme kaybıyla doğan ya da doğum sonrası dönemde işitme kaybı ortaya çıkan çocuklarda çocuğun konuşma gelişimini etkilemeden, psikolojik ve sosyal açıdan sağlıklı bir

birey olarak toplumdaki yerini almasını sağlayacak şekilde erkenden saptanması ile sağlık personelinin ve toplumun bilinçlendirilmesi” amacıyla hazırlanmıştır.

A.2.7. 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 görülebilmekteydi. 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” başlatılmıştır. Program başlangıcından bugüne kadar 7,5 milyonu aşkın bebeğe demir desteği sağlanmıştır. Demir Gibi Türkiye programının ardından Gebelerde Demir Destek programını da başlatarak, kapsam genişletilmiştir. 2010 yılında gebelere 3 milyon kutu demir preparatı dağıtılmıştır. Demir Gibi Türkiye programının etkilerini incelemek maksadıyla Bakanlığımız ve Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Sosyal Pediatri Anabilim Dalı işbirliğinde Mart-Nisan 2007’de “Demir Eksikliği Araştırması” yapıldı. Bu

araştırmanın sonuçlarına göre 12-23 aylık çocuklarda anemi sıklığı %30’lardan %7,8’e inmiştir.

A.3. Bağışıklama Programları

A.3.1. Genişletilmiş Bağışıklama Programı

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. 2010 yılında aşılamaya yurt genelinde %97 olarak gerçekleşmiştir.

Grafik 9: Aşılamaya Oranları, 1995-2010



Grafik 9’da görüldüğü üzere 2010 yılı itibarıyla aşılamaya oranı %97 olarak gerçekleşmiştir. Aşılamada ulaşılan oranlar gelişmiş ülkeler seviyesindedir.

Türkiye'de yürütülmekte olan Ulusal Bağışıklama Programına ilişkin aşı takvimi Tablo 18'de yer almaktadır.

Tablo 18: Çocukluk Dönemi Aşılama Takvimi

	Doğumda	1. Ayın Sonu	2. Ayın Sonu	4. Ayın Sonu	6. Ayın Sonu	12. Ayın Sonu	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	
OPA					I		II		
DaBT-İPA								R	
Td									R

» **Hep B:** Hepatit B Aşısı,

» **BCG:** Bacille Calmette-Guerin Aşısı,

» **DaBT-İPA-Hib:** Difteri, aselüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio, Hemofilus influenza tip b Aşısı (Beşli Karma Aşı)

» **KKK:** Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak Aşısı

» **OPA:** Oral Polio Aşısı,

» **Td:** Erişkin Tipi Difteri-Tetanoz Aşısı,

» **KPA:** Konjuge Pnömonokok Aşısı,

» **R:** Rapel (Pekiştirme)





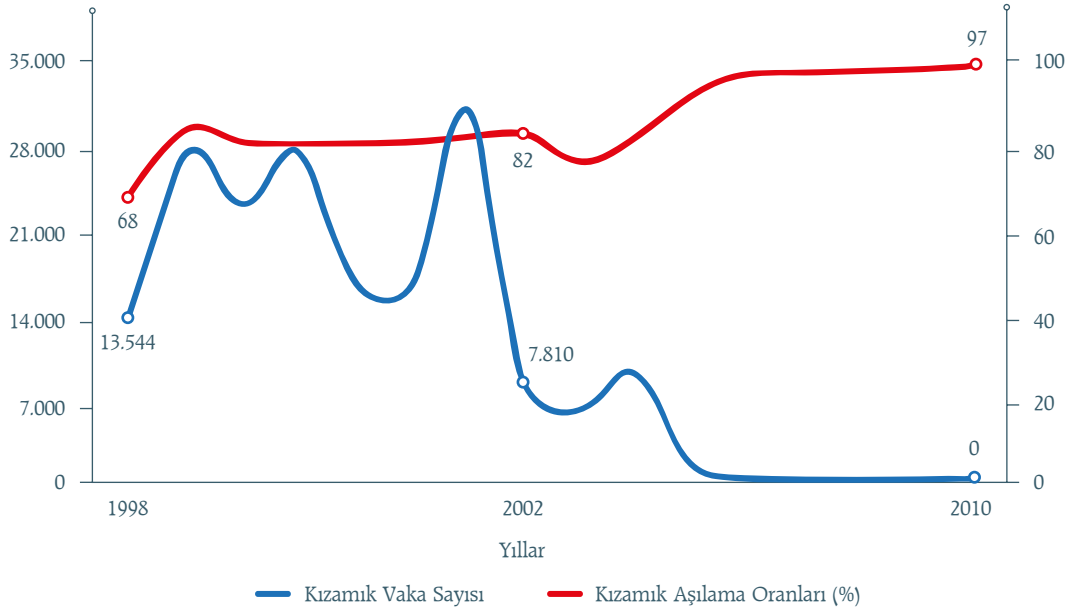
A.4. Bulaşıcı Hastalıklarla Mücadele

A.4.1. Kızamık ve Kızamıkçık Eliminasyon Programı

Ülkemizde kızamık hastalığına bağlı komplikasyon ve ölümleri engellemek, 2010 yılı sonuna kadar Türkiye’de yerli virüs dolaşımını durdurmak, ülkemize dışarıdan gelen virüslerin yerleşmesini engellemek hedeflenmiştir. Ülkemiz kızamık

eliminasyon hedeflerini yakalamış durumdadır. Avrupa’da kızamığı ilk elimine eden ülke olmak için DSÖ başvurusu yapılacaktır. Rutin aşılama çalışmalarına devam edilmiştir.

Grafik 10: Kızamık Vaka Sayısı ve Aşılama Hızları



(*) 2010 yılında Ülkemiz kaynaklı yerli vaka yoktur.

Türkiye, Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesinin Kızamık Eliminasyon hedefine paralel olarak 2015 yılı sonuna kadar kızamık ve kızamıkçığı elimine etmeyi ve konjenital kızamıkçık sendromunu kontrol altına almayı hedef olarak benimsemiş ve çalışma programına almıştır.

Yukarıda sayılan hedef doğrultusunda, ülkemizde 2002 yılından bu yana Kızamık Eliminasyon Programı ve 2006 yılından bu yana da Kızamıkçığın Eliminasyonu ve Konjenital Kızamıkçık

Sendromunun (KKS) Önlenmesi Programı yürütülmektedir.

Programın amacı, Türkiye’de kızamık ve kızamıkçık hastalıklarını elimine etmek, KKS’yi önlemek ve bu düzeyleri sürdürmektir. Hedefimiz, 2015 yılı sonuna kadar Türkiye’de yerli virüs geçişini durdurmak, 2015 yılından sonra Türkiye dışından gelecek yeni kızamık virüslerinin Türkiye’de yerleşmesini önlemek ve kızamığa bağlı ölümleri engellemektir.

2010 yılında yerli kızamık vakamız bulunmamakta olup, görülen 7 vakanın tamamı importe ya da importe vakayla ilişkili vakadır. Böylece eliminasyon dönemine geçilerek importasyonun engellenmesi giderek daha da ön plana çıkan bir hedef haline gelmiştir.

2010 yılında, Dünya Sağlık Örgütü tarafından eliminasyon hedefi 2015 yılına bırakılmış olsa da ülke düzeyinde eliminasyonun verifikasyonu yaklaşımının benimsenmiş olması ülkemiz gibi eliminasyon hedefini yakalamış durumdaki üye devletler için uygun olmuştur.

2009 yılında, rutin aşılama çalışmalarına devam edilmiştir. Ayrıca, aşılama hızı %95 ve altında kalan 16 ilin (Ağrı, Ardahan, Bartın, Batman, Bilecik, Bingöl, Bitlis, Çankırı, Diyarbakır, Eskişehir, Iğdır, Muş, Şanlıurfa, Şırnak, Tokat, Tunceli) son 5 yıla ilişkin verilerinin de değerlendirilmesi sonucu duyarlı nüfus birikimini azaltmak amacıyla bu illerimizin toplam 136 ilçesinden 59'unda mop-up, 77'sinde follow-up aşılması yürütülmüştür. 16 ile ilaveten ek bir risk değerlendirmesi yapılarak turizm bölgesi ve/veya havayolu ile yurtdışından girişlere açık olması itibarıyla importasyon riski altında olan 6 il (Ankara,

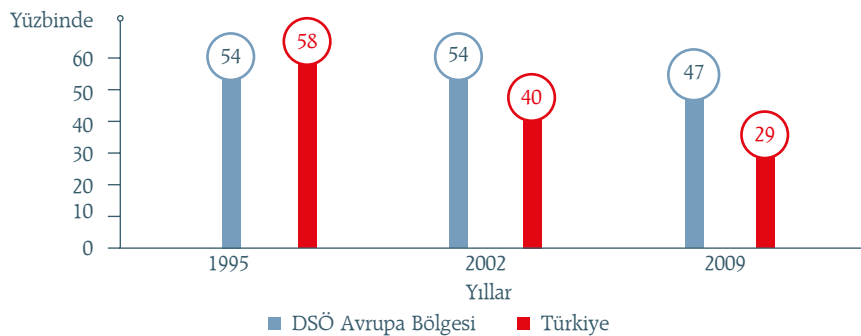
Antalya, Aydın, İstanbul, İzmir, Muğla) de bu çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmada 12-59 ay arası toplam 38.645 çocuk aşılanmıştır.

A.4.2. Verem (Tüberküloz)

Tüberküloz kontrolü için Dünya Sağlık Örgütü tarafından küresel bir kontrol programı, ülkemizde ise aynı standartlarda ve paralelde bir Ulusal Tüberküloz Kontrol Programı uygulanmaktadır. Ülkemizde tüberküloz kontrol programının yürütülmesinden verem savaşı dispanserleri, aile sağlığı merkezleri, toplum sağlığı merkezleri ve tüm sağlık kurum ve kuruluşları aracılığı ile Sağlık Müdürlükleri koordinasyonunda Türkiye'de tüberkülozun kontrolü çalışmaları planlanmakta, yürütülmekte ve izlenmektedir.

Tüberküloz tüm dünyanın bir sorunu olup, yine tüm dünya ile birlikte mücadele edilerek bu sorunun üstesinden gelinebilir. Dünya Sağlık Örgütü'nün önerilerini içeren ve tüm ülkeler tarafından kabul edilen "Berlin Deklarasyonu" kapsamında "Tüberkülozu Durdurma Stratejisi"ni ülkemiz de uygulamayı taahhüt etmiş ve strateji gerekleri uygulanmaya başlanmıştır.

Grafik 11: DSÖ Avrupa Bölgesi ve Türkiye TB İnsidansları, (Yüzbinde)



"Dünya Sağlık Örgütü Küresel Tüberküloz Kontrolü 2010 Raporu" verilerine göre ülkemizin de içinde yer aldığı DSÖ Avrupa Bölgesi'nde 2009 yılı tüberküloz insidansı yüzbinde 47 iken, Türkiye'nin tüberküloz insidansı yüzbinde 29'dur.

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

*2010 yılı tüberküloz insidansı DSÖ tarafından 2011 Küresel TB Raporunda yayımlandığında verilebilecektir.



Türkiye 2005 yılından itibaren “çok ilaca dirençli vakalarını iki yıl boyunca takip edip tedavi sonuçlarını raporlayabilen” bir ülke haline gelmiştir.

Doğrudan gözetimli tedavinin uygulanması sayesinde ülkemizde tüberkülozla mücadele hız kazanmış, tedavi başarısı yeni vakalarda %92'lere ulaşmıştır. Dirençli tüberküloz hastalığı ile gerekli mücadele sürdürülerek, hastalara ücretsiz olarak gereken tedavi sağlanmaktadır. Bu amaçla ülkemizde olmayan ilaçlar dahi yurt dışından temin edilmekte ve ücretsiz olarak doğrudan gözetimli tedavi kapsamında hastalarımıza ulaştırılmaktadır.

Verem savaşı dispanserlerine kayıtlı verem hastalarının ilaçları Bakanlığımızca temin edilerek ücretsiz olarak dağıtılmaktaydı. Bakanlar Kurulu kararı doğrultusunda tüberküloz ilaçlarının dağıtım kapsamı ve niteliği genişletilerek veremli hasta ve temaslıları için herhangi bir sosyal güvencesi olup olmadığına bakılmaksızın I. II. ve III. Basamak sağlık kurum ve kuruluşlarına tüberküloz ilaçları Bakanlığımızca temin edilip dağıtılmaya başlanmıştır.

Ocak 2008'den itibaren ÇİD-TB hastalarının ilaçlarının (2. Grup Tüberküloz İlaçları) dağıtımı kesintisiz, güvenli ve hızlı bir şekilde yapılmaktadır.

Ülke genelinde yaygın olarak dağılım gösteren verem savaşı dispanserlerinde verem şüpheli kişilerin, verem hastalarının ve temaslılarının muayene, radyolojik ve laboratuvar tetkikleri ücretsiz olarak yapılmaktadır.

A.4.3. Sıtma

Bulaşıcı hastalıklar alanında yürütmekte olduğumuz yoğun çalışmalar sonucu çarpıcı başarılar elde edilmiştir. Sıtma ile savaşta büyük bir başarı sağlanmıştır. 2002 yılında 10 binin üzerinde olan sıtma vaka sayısı, 2010 yılında sıfıra düşürülmüştür. Sıtma hastalığı ülkemiz için ciddi bir sorun olmaktan çıkarılmış ve eliminasyon (yok edilme) sürecine girilmiştir.

A.4.4. Su ve Besinlerle Bulaşan Hastalıkların Kontrolü

Ülkemizde varolan sağlık sorunlarının içinde bulaşıcı hastalıklar, pek çok nedenden dolayı önemli bir yer tutmaktadır. Bireysel, toplumsal ve enfeksiyonun özelliklerine bağlı etmenler bulaşıcı hastalıkların oluşumunda büyük rol oynarken; asıl olarak yerleşim yerlerinde alt yapı ve destek hizmetlerinin yetersizliği, kalıcı önlemlerin alınmasına ve bu hastalıklarla sürekli bir mücadelenin gerçekleştirilmesine olanak vermemektedir.

Ülkemizin içinde bulunduğu coğrafi yapı ve mevsime ait özellikler nedeniyle enfeksiyon hastalıkları çeşitli dağılımlar göstermektedir. Havaaların ısınması ile birlikte başta sularla ve besinlerle bulaşan hastalık etkenleri çok yaygın olarak görülmekte ve kolayca patojenite kazandıkları bilinmektedir. Özellikle oral fekal yolla bulaşabilen etkenler yaz aylarında ilk sıralara yerleşebilmekte ve toplumda nadir görülen hastalıklar bir anda salgın boyutuna ulaşabilmektedir.

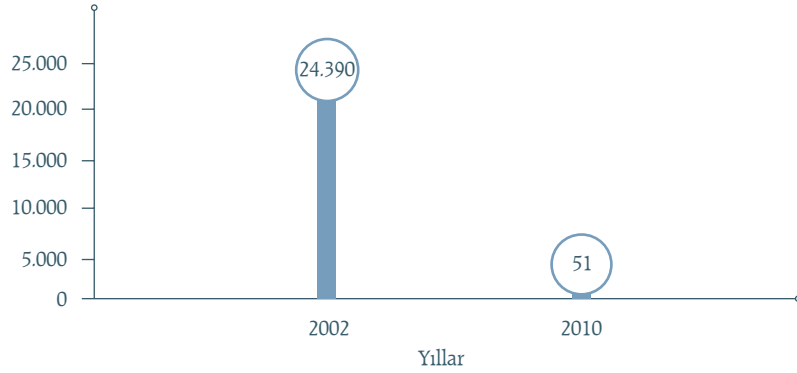
Bu çalışma kapsamında;

» Uygulanan kontrol programı ile su ve besinlerle bulaşan hastalıkların takibi, veri analizleri geri bildirimleri yapılmaktadır. Programın amacına daha iyi ulaşması için son 4 yıldır “su ve besinlerle bulaşan hastalıklar haftalık surveyansı” 81 ilde Mayıs / Ekim ayları arasında yapılmaktadır.

» 2009 yılından itibaren 81 ilde yapılan haftalık Akut Barsak Enfeksiyonları (ABE) surveyansına ek olarak 10 ilde günlük surveyansa geçilmiştir. Bu veriler günlük olarak EARS_X adlı programa girilerek ABE vakalarının takibi yapılmaktadır. Bu programın kullanılması ile ABE vakalarında “Erken Uyarı ve Yanıt Sistemi” işletilmektedir.

» 2010 yılı Mayıs ayından itibaren ABE surveyansını bütün yıl boyunca günlük olarak 81 ilde uygulanmıştır. ABE günlük surveyansı uygulamasında daha önceki yıllarda yapılan dönemsel surveyanstan vazgeçilerek yıl boyunca yapılan günlük surveyansa dönüştürülmüştür.

Grafik 12: Tifo Vaka Sayıları, 2002-2010



Grafik 12’de görüldüğü üzere 2002 yılında görülen kesin tifo vaka sayısı 24.390 iken 2010 yılında 51’e düşmüştür.

A.4.5. Pandemik İnfluenza Çalışmaları

Pandemik İnfluenza Ulusal Faaliyet Planı’nın hazırlanması

Dünya Sağlık Örgütü’nün üye ülkelere tavsiyeleri ve rehberliği doğrultusunda ülkemizde muhtemel influenza pandemisine hazırlık çalışmalarını 2004 yılından bu yana yürütülmektedir. Bu kapsamda akademisyenler ve birçok kurum ve kuruluşu temsil eden uzmanlardan oluşan 60 kişilik bir kurul mevcuttur. Ulusal Pandemi Planımız Avrupa Bölgesindeki en kapsamlı ve iyi hazırlanmış örneklerden biridir.

İl Pandemi Planlarının Hazırlanması ve Pandemi Hazırlık Tatbikatı

Yerel planların hazırlanması için bir çerçeve işlevi de gören Pandemi Planında öngörüldüğü gibi, İl Sağlık Müdürlüklerince İl Pandemi Planlarının hazırlanması aynı yıl içerisinde tamamlanmıştır. Gerek interpandemik dönemde, gerekse pandemi döneminde iletişimin güçlendirilmesi ve Bakanlığımız Politika ve uygulamalarının etkin biçimde anlatılabilmesi için www.grip.gov.tr internet sitesi oluşturulmuştur.

Mevsimsel Grip Kontrol Çalışmaları

2006 yılından itibaren influenza yönünden yüksek riskli olan sağlık çalışanlarının aşılınması için her yıl aşı alımı, illere dağıtımı ve ücretsiz olarak uygulaması gerçekleştirilmiştir. Ayrıca grip aşısının Sağlık Uygulama Tebliği kapsamına alınması ve 65 yaş üstündekiler, yaşlı bakımevi ve huzurevinde kalan kişilerin, astım dâhil kronik pulmoner ve kardiyovasküler sistem hastalığı olan erişkin ve çocuklar, diabetes mellitus dâhil herhangi bir kronik metabolik hastalığı, kronik renal disfonksiyonu, hemoglobinopatisi veya immün yetmezliği olan veya immünsupresif tedavi alan erişkin ve çocuklar ile 6 ay-18 yaş arasında olan ve uzun süreli asetil salisilik asit tedavisi alan çocuk ve adolesanların bu kapsamda aşılatabilmeleri sağlanmıştır.

A.4.6. Hepatit B Kontrol Programı

Kronik Hepatit B virüs enfeksiyonu önlenerek kronik karaciğer hastalığı, siroz ve hepatosellüler kanser insidansını azaltmak hedeflenmektedir.



A.4.7. Seyahat İlişkili Lejyonellozis Kontrol Programı

Seyahat ilişkili Lejyoner Hastalığı turizm sektöründe ciddi sorunlara yol açan bir hastalıktır. Hastalık Avrupa ülkeleri arasında oluşturulan bir bildirim ağıyla bütün Avrupa ülkelerine bildirilmekte ve vakaların görüldüğü oteller internette yayınlanmaktadır. 1996 yılında çıkarılan bir genelgeyle hastalıkla ilgili işlemler yapılmaktaydı. Bilimsel gelişmeler ve diğer Avrupa ülkelerinde uygulanan bildirim ve surveyans sistemleri gözden geçirilerek genelge yeniden düzenlenmiş, 01.05.2001/6978 tarih ve sayı ile yürürlüğe girmiştir. 2001 yılından bu yana programın aktif yürüdüğü iller ile yıllık değerlendirme toplantıları yapılmakta ve uygulamalar yenilenmektedir.

Program kapsamında, yapılan ihbarlar sonucunda vakaların konakladıkları tesislerden su numuneleri alınarak Refik Saydam Merkez Hıfzıssıhha Başkanlığı Lejyonella Araştırma Laboratuvarı ile İstanbul, İzmir, Antalya Bölge Hıfzıssıhha Laboratuvarlarında incelenmekte ve konaklama tesislerinde gerekli dezenfeksiyon ve dekontaminasyon çalışmaları yapılmaktadır.

A.4.8. HIV/AIDS ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Kontrol Programı

Küresel Fon Merkezi ile Bakanlık olarak, 2005 yılında Türkiye HIV/AIDS Önleme ve Destek Programı (HÖDP) adında 2,5 yıllık bir proje gerçekleştirilmiştir. Proje kapsamında özellikle HIV/AIDS hastalarının ağırlıklı olarak bulunduğu illerde çeşitli çalışmalar yürütülmüştür. Gönüllü Danışmanlık ve Test Merkezleri kurulmuştur. Rehberler hazırlanmıştır. Bu merkezlerde görev yapan sağlık personeline danışmanlık ve test eğitimleri verilmiştir. Ayrıca HIV/AIDS'e ilişkin koruyucu ve önleyici hizmetlere erişimin artırılması, bilinçlendirme ve

bilgilendirmeye yönelik eğitim projeleri yürütülmüştür.

Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonların kontrolüne yönelik yürütülen faaliyetlere bilimsel destek sağlamak amacıyla, ilk kez 2010 yılı içerisinde "Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar (CYBE) Bilim Kurulu"nu oluşturduk. Bilim Kurulu'nun amacı; CYBE ile mücadelede güncel gelişmelerin ulusal politikalarımıza yansıtılması, 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", "Surveyans", "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 oluşturulmuştur.

A.5. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi

Sağlıklı bir hayat sürmek için bireyin sağlıklı yaşam alışkanlıkları edinmiş olması gerekmektedir. İyi ve doğru beslenen, düzenli spor aktiviteleri yapan sağlığına zarar verebilecek kötü alışkanlıklardan kaçınan ve sağlığının korunması için düzenli olarak sağlık kontrollerini yaptıran birey sağlığını koruyan ve geliştiren bir insan olacaktır.

Sağlığın geliştirilmesi, insanların kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini artırmalarını ve sağlıklarını geliştirmelerini sağlama sürecidir. Sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik davranış değişikliği oluşturmak amacı ile verilen sağlık eğitimine, örgütsel, ekonomik ve çevresel tabanda verilen tüm desteklerin bileşimi Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi (Health Promotion) olarak adlandırılmaktadır.

Bakanlığımızın 2010 – 2014 arası yıllardaki hedeflerini gösteren Stratejik Planında ilk stratejik amaç “Sağlığa yönelik risklerden toplumu korumak” olarak yer almaktadır. Bu stratejik amacın alt maddesinde birey sağlığının korunması ve sağlık düzeyinin yükseltilmesi için, vatandaşların kendi sağlıkları üzerinde kontrol yeteneklerini artırmak ve sağlıklarını etkileyebilecek konularda karar süreçlerine aktif katılımlarını sağlama hedefleri vurgulanmıştır. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi kapsamında risk faktörlerinden korunma programlarına, tanıtım, bilgilendirme ve bilinçlendirme faaliyetlerini desteklenmektedir.

Sağlık Bakanlığının “Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi” kapsamında yürüttüğü çalışmalar:

» Adolesan sağlığı, ağız ve diş sağlığı, alkol kullanımı, ana-çocuk sağlığı, araştırma ve değerlendirme, eğitim ve kapasite geliştirme, fiziksel aktivite, halkla ilişkiler ve halkı bilgilendirme kampanyaları, ilaç bağımlılığı, obezite, ruh sağlığı, sağlıklı beslenme, sağlıklı davranış geliştirme, sağlığı teşvik eden hastaneler, sağlığı teşvik eden iş yerleri, sağlıklı okullar, sağlıklı şehirler, bütün mamulleri kullanımı, üreme sağlığı, yaşlı sağlığı vb.) ve risk faktörleri (tütün, alkol, ilaç, sağlıksız beslenme, obezite, fiziksel inaktivite, kolesterol yüksekliği, yüksek tansiyon, hiperglisemi vb.) dâhil, öncelikli sorunlar ve öncelikli grupların tespit edilmesi,

» “Sağlığın Geliştirilmesi” göstergeleri başta olmak üzere Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilen veriler izlenerek, gerekli araştırmaların planlanması, yürütülmesi, analizi, raporlanması, çözüm önerileri geliştirilmesi ve çıktıların ilgili tüm sektör ve paydaşlarla paylaşımı,

» Sağlığın Geliştirilmesi alanında, risk faktörleri dâhil, gerekli tarama programlarının planlanması ve yürütülmesinin sağlanması,

» Sağlığın Geliştirilmesi göstergeleri başta olmak üzere Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilen veriler izlenerek kabul edilmiş hedefler bağlamında, Ulusal

planlar ve politikaların ne kadar benimsendiğinin ve uygulamaya konulduğunun düzenli olarak değerlendirilmesi,

» Sağlık tedavi harcamalarıyla ilgili yönleri de dahil, toplum sağlığının iyileştirilmesi ve korunmasına yönelik çeşitli programların etkisini içeren “etki değerlendirme” çalışmalarının planlanması, yürütülmesi, raporlanması ve sonuçların tüm sektör ve paydaşlarla paylaşılması,

» Sağlığın Geliştirilmesi alanında kanıta dayalı politikalar ve kapsamlı sağlık stratejileri geliştirmek,

» Sağlıklı davranışları teşvik edecek ulusal, bölgesel, yerel ve uluslararası düzeylerde politikalar geliştirilmesinin, uygulanmasının ve önlemler alınmasının savunulması ve desteklenmesi,

» Sağlığın Geliştirilmesi alanında Sağlık Bakanlığı birimleri ve diğer ilgili bakanlıklar, kamu kurum ve kuruluşları, yerel yönetimler, sivil toplum örgütleri vb. için danışmanlık hizmeti sağlanması,

» Uluslararası kuruluşlarla (Dünya Sağlık Örgütü, Avrupa Birliği, OECD, Amerikan Hastalıkların Kontrolü ve Önlenmesi Merkezleri (CDC) vb.) koordinasyon, işbirliği ve ortak sağlığın geliştirilmesi programları yürütülmesinin sağlanması,

» Kamu kurum ve kuruluşları, yerel yönetimler, üniversiteler ve diğer örgün eğitim kurumları, sivil toplum örgütleri, işyerleri vb. ile işbirliği içerisinde ulusal sağlığın geliştirilmesi programları yürütülmesi, Sağlığın Geliştirilmesi alanında yapılan çalışmaların izlenmesi için ulusal ve uluslararası sağlık örgütleri ve sivil toplum örgütleri ile işbirliği sağlamak,

» Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi alanında farkındalığı artırmak için geniş tabanlı toplumsal koalisyon geliştirip, gerektiğinde kitlesel medyayı da kullanarak, sosyal pazarlama teknikleri ile toplum ve hastaların eğitilmesi ve yetkilendirilmesine yönelik faaliyetlerde bulunulması,



» Sağlık ve Sağlığın Geliştirilmesi alanlarındaki çalışmalar kapsamında medya, ulusal/uluslararası kurumlar, sivil toplum örgütleri vb. ile gerekli iletişimi sağlayarak katılım ve hedef kitleye uygun erişimin sağlanması,

» Sağlık çalışanlarına ve halka yönelik bilgilendirme kampanyaları yürütülmesi.

A.5.1. 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 ellinin üzerinde sağlık sorununa yol açmaktadır. Önlenebilir hastalık ve ölüm sebeplerinin en önde gelenlerinden biridir. Günümüzde %80'i gelişmekte olan ülkelerde olmak üzere, dünyada 1,3 milyar kişi ülkemizde ise 16 milyon kişi sigara içmektedir. Ülkemizde her yıl yaklaşık 100.000 kişi tütün kullanımına bağlı hastalıklar nedeniyle hayatını kaybetmektedir.

Ülkemiz tütün tüketimi açısından Avrupa'da üçüncü dünyada yedinci sırada bulunmakta, yetişkin erkeklerde bağımlılık oranı %50 civarında hesaplanmaktadır. Tütün tüketimi, başta kanserler olmak üzere pek çok hastalığın ortaya çıkmasında en önemli role sahiptir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından hazırlanan ve halen 171 ülkenin imzaladığı "Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi" (TKÇS) 2004 yılında imzalanmış, bu doğrultuda hazırlanan "Ulusal Tütün Kontrol Programı" 2007 yılında kamuoyuna açıklanmıştır. Program gereğince 4207 sayılı Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun'da yapılan değişikliklerle sigara ve tütün ürünleri kullanımına ilişkin yeni düzenlemeler getirilmiş, 19 Mayıs 2008 tarihinden itibaren uygulanmaya başlayan ve pasif içiciliğin önlenmesi hedefleyen tedbirler halkımız tarafından % 95 oranında destek görmüştür.

Ülkemiz, tütün kontrol çalışmaları ve mevcut yasal düzenlemelerin kapsayıcılığı açısından dünyada

altıncı, Avrupa' da ise üçüncü ülke olup örnek gösterilmektedir.

Bakanlığımız, tütün ve tütün ürünlerine başlamayı önleyici tedbirler almanın yanında mevcut sigara bağımlılarına yönelik, sigara bırakma polikliniklerinin kurulması ve sayılarının artırılması, Ekim 2010 tarihinde ALO 171 sigara bırakma danışma hattının faaliyete geçirilmesi, sigara bırakma tedavilerinde kullanılan ilaçların doktor kontrolünde ücretsiz olarak dağıtılması gibi çalışmalar da yürütmektedir.

Yapılan ölçümlerde kapalı ortam havasındaki partikül miktarında;

» Kamusal alanlarda %57.1 - %97.2

» Hastanelerde %75.4

» Alışveriş merkezlerinde %88.7

» Özel işletmelerde %77.6 - %90.3 arasında azalma tespit edilmiştir.

19 Temmuz 2009 - 1 Temmuz 2010 arasında, İstanbul'da Bakanlığımıza bağlı hastanelere astım krizleri, üst solunum ve alt solunum yolu enfeksiyonu olmak üzere 11 tane hastalığın başvuru oranları Marmara Üniversitesi uzmanlarınca incelendi. Solunum yolu enfeksiyonu ve astım krizi nedeniyle başvurularında %20 civarında azalma tespit edilmiştir.

TÜİK tarafından 2006 ve 2008 yıllarında yapılan Küresel Yetişkin Tütün Araştırması sonuçları karşılaştırıldığında toplum genelinde sigara tüketim oranı %33.4'ten %31.2'ye düşmüş sigara kullanım oranları %2.2 azalmıştır. Sigara içenlerin ortalama %7'si sigarayı bırakmış olup tütün ve ürünlerini kullanmayı bırakma eğilimi gençler arasında daha yaygın bulunmuştur. Çalışanların %44'ü mesai saatlerinde daha az sigara tüketmeye başlamıştır. Yasak olmamasına rağmen sigara kullananların %19'u evde sigara içmeyi bırakmıştır. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2010 yılında tekrarlanmış olup bu oran %27.1'dir.

Uzmanlık Dernekleri tarafından 2010 yılında Ankara'da 112 Acil Sağlık Hizmetlerine sigara kaynaklı hastalıklara bağlı başvurular incelenmiştir.

Kanunun uygulamasından sonra beklendiği gibi özellikle erkeklerde kalp ve solunum hastalıkları ve felç nedeni ile acil başvurular azalmıştır. Kadınlarda da kalp ve solunum hastalıkları nedeni ile olan başvurularda azalma olmuştur.

“MPOWER Tütün Salgınına Kontrol Etmeye Yönelik Politika Paketi, tütün kontrolü çalışmalarında ülkelere yol gösterici olması amacıyla uluslararası deneyimler ışığında DSÖ tarafından hazırlanmıştır. Ülkemiz MPOWER stratejisinin tüm unsurlarını hayata geçirebilmiş öncü ülkelerden biri konumundadır.

Alkol: Birçok Toplumsal Sorunun Nedeni

Alkol, 60 farklı hastalığın nedenidir ve intihar, aile içi şiddet, alkolü araç kullanımı gibi sosyal problemlerin temel nedenlerinden biridir. Çocuk ve gençlerin alkolün zararlı etkilerinden korunması Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın stratejik hedefleri arasında bulunmaktadır. Bu konuda Türkiye Alkol Kontrol Programı ve Eylem Planı hazırlanmıştır. Türkiye Alkol Kontrol Programı'yla özellikle çocuk ve gençlerin alkolün zararlı etkilerinden korunması için toplumu bilinçlendirmek hedeflenmektedir. Ayrıca bağımlılığı olanların tespiti ve tedavisi, alkol ürünleri satışıyla ilgili düzenlemelerin de hayata geçirilmesi planlanmaktadır.

A.5.2. Sağlıklı Gelecek İçin Sağlıklı Beslenme

Obezite ile Mücadele

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından obezite “Sağlığı bozacak ölçüde yağ dokularında anormal veya aşırı yağ birikmesi” olarak tanımlanmıştır. Yetişkin erkeklerde vücut ağırlığının %15-18'i, kadınlarda ise %20-25'ini yağ dokusu oluşturmaktadır. Erkeklerde bu oranının %25, kadınlarda ise %30'un üzerine çıkması durumunda obezite gelişmektedir.

Giderek artan obezite salgınına rağmen, DSÖ Avrupa Bölge Ofisi tarafından ülkemiz ev sahipliğinde 15-17 Kasım 2006 tarihinde İstanbul'da “DSÖ Avrupa Obezite İle Mücadele Bakanlar Konferansı” düzenlenmiş ve konferans süresince obezite salgını ile ilgili çözüm önerileri tartışılmıştır.

TURDEP-II'nin çalışmasına göre Türkiye'de obezite görülme sıklığı %36'dır. Normal kilolular %28, kilolu olanlar ise %36 olarak saptanmıştır.

Söz konusu konferans başta sağlık olmak üzere tarım, eğitim, spor, ulaşım, sosyal güvenlik gibi diğer ilgili Bakanlar ve devlet sektörlerinin üst düzey yetkilileri, sivil toplum kuruluşlarının temsilcileri, uzmanlar ve uluslararası kuruluş temsilcileri ve basın mensupları olmak üzere yaklaşık 500 kişinin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Bakanlığımız ile DSÖ arasında “Avrupa Obezite İle Mücadele Belgesi” imzalanmıştır.

Obezite yaşam kalitesini düşüren, pek çok faktöre bağlı kronik bir hastalıktır. Tüm dünyada bu kadar hızlı artan, bireyleri ve toplumları etkileyen başka bir hastalık bulunmamaktadır. Bu nedenle obezite ile mücadele konusunda tüm dünyada politikalar geliştirilmekte, ulusal eylem planları hazırlanmaktadır.

Genellikle dengesiz beslenme ve fiziksel aktivite yetersizliği sonucunda ortaya çıkan obezite dünyada önlenemez ölümünün, sigaradan sonra, ikinci sırada en sık nedeni olarak kabul edilmektedir. Obezite ile ilgili sağlık harcamaları gelişmiş ülkelerde tüm sağlık harcamalarının %2-7'sini oluşturmaktadır.

Ülkemizde görülme sıklığı giderek artan ve 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 vb.) görülme sıklığını azaltmak amacıyla “Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı” hazırlanmıştır.

Ayrıca, ülkemizde çeşitli kamu kurum ve kuruluşları, üniversiteler, özel sektör, sivil toplum kuruluşları vb. pek çok kurum ve kuruluş tarafından obezitenin önlenmesine yönelik çeşitli programlar, projeler ve eğitim çalışmaları sürdürülmektedir. Bu program ile ülkemizdeki çalışmaların belirli bir plan dahilinde yapılması, ölçülebilir, izlenebilir olması ve eşgüdümün sağlanması amaçlanmaktadır.



“Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı” geniş tabanlı ve çok sektörlü bir yaklaşımı benimsemektedir.

Ulusal Programın 4 başlığı, 11 amacı, 21 hedefi, 37 stratejisi ve 115 aktivitesi bulunmaktadır. Ulusal ve yerel düzeyde politik istek ve kararlılığın sağlanması, koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında toplumun, farklı araçlar kullanılarak obezite, yeterli ve dengeli beslenme ve fiziksel aktivite konularında bilinçlendirilmesi, obezitenin teşhis ve tedavisine yönelik önlemlerin alınması, izleme ve değerlendirme çalışmaları bu programın kapsamını oluşturmaktadır.

Söz konusu program 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 oluşturulmuştur. Ayrıca Sağlık Müdürlükleri bünyesinde Obezite Birimleri kurulmuştur.

» Aile Hekimliği Bilgi Sistemi içine bireylerin obezite durumunun belirlenmesi amacıyla Obezite İzlemi ile ilgili verileri de dâhil edilmiş böylece bireylere ait BKİ, bel çevresi, kalça çevresi vb. verilere ulaşma imkânı sağlanmıştır.

Türkiye genelinde beslenme ve sağlık alanında mevcut durumu ayrıntıları ile ortaya koyacak yerel ve bölgesel farkları değerlendirme imkanı verecek ve sürdürülecek programlarda bir referans noktası oluşturacak “Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması”nın saha çalışmaları tamamlanmış olup 2011 yılı ilk yarısında araştırmanın ön raporunun yayınlanması planlanmaktadır.

Yeterli ve dengeli beslenmenin bir göstergesi olarak “Türkiye Okul Çağındaki Çocuklarda Büyümenin İzlenmesi Projesi”ni ilgili Bakanlık ve üniversiteler ile işbirliği içinde ilköğretim okullarında gerçekleştirilmiştir.

» Tuz tüketiminin önerilen değerden 3 katı kadar fazla olduğu ülkemizde, aşırı tuz tüketimi yüksek kan basıncı artışına neden olmakta ve başta kalp hastalıkları, inme olmak üzere osteoporoz, böbrek hastalıkları, mide kanseri gibi birçok hastalığın oluşumunda önemli bir risk faktörü olarak yer almaktadır. Halk sağlığının korunması ve hastalıkların oluşumunun önlenmesinde multidisipliner bir yaklaşım ile toplumumuzda tuz tüketiminin kademeli olarak önerilen seviyelere düşürülmesi için tuz tüketiminin azaltılmasına yönelik ulusal bir programı 2010 yılı içinde başlatılmıştır. Konuyla ilgili aksiyon planı çalışmalarını büyük bir hızla sürdürülmektedir.

» Sağlıklı beslenme açısından önem taşıyan tam buğday unundan ekmek üretiminin ve tüketiminin artırılması yönündeki çalışmalara başlanmıştır.

» Beslenme ile ilgili olarak topluma yönelik bilgi kaynağı oluşturmak üzere bilimsel gerçekler temelinde hazırlanmış olan www.beslenme.saglik.gov.tr internet adresi faaliyete geçmiştir. Vatandaşlarımız buradan beslenme ile ilgili en doğru ve güncel bilgilere rahatlıkla ulaşabilmektedirler.

A.6. Acil Sağlık Hizmetleri ve Afetlerde Sağlık Organizasyonu

A.6.1. Acil Sağlık Hizmetleri

Acil sağlık hizmetlerini ülke genelinde planlanmakta ve organize edilmektedir. Uygulayan birimimiz; nitelik, personel, araç, gereç, hizmet standartları ve çalışma esasları konusunda hedefleri aşmıştır. Sunulan hizmetler uluslararası hizmet ve kalite standartlarına uygun şekilde geliştirilerek acil sağlık yardımı alanında uluslararası ve ulusal kuruluşlarla işbirliği sağlanmıştır. Acil sağlık alanında hizmet veren resmi ve özel tüm kurumları denetlemektedir.

Acil hastalarda her geçen saniyenin önemli olduğunun bilincindeyiz. Kent merkezlerinde vakaların % 93'üne ilk on dakikada, kırsal alanda vakaların %96' sına 30 dakika içerisinde ulaşılmaktadır. 112 acil hizmetlerinden kırsalda yaşayan vatandaşlarımızın tamamı yararlanmaktadır.

Acil sağlık hizmetlerinde kullanılan kara, hava, deniz ve özel donanımlı ambulansların ihtiyaca cevap verecek sayıda olması sağlanmıştır. Tam donanımlı 112 ambulansı sayısı 2010 yılı sonu itibarıyla 2.547'ye ulaşmıştır.

Ambulanslarımız sadece nicelik yönünden değil, nitelik yönünden de gelişme kaydetmiştir. Tüm ambulanslarımız donanım ve özellikleri ile aynı zamanda Avrupa Birliği standardı da olan TS-EN 1789' a uygun hale geldi. 2010 yılında 112 istasyon sayısı 1.375'e çıktı. Acil Sağlık Hizmetlerinde belirlenen hedefler aşıldı. Ülkemizin her noktasında 112 acil hizmeti verir duruma gelinmiştir.

112 Acil Sağlık Hizmetleri komuta kontrol merkezlerinin teknolojik altyapısını güçlendirme ve dijital sisteme sahip olması için 2005 yılında başlatılan çalışmalar 2008 yılında 81 ilimizde tamamlanmıştır. İllerimizde komuta kontrol merkezlerinde kurulan dijital çağrı kayıt ve operasyon yönetim sistemi yazılımı ile 112 telefon numarasına gelen tüm çağrılar otomatik olarak kayıt altına alınmakta yapılan tüm görüşmelerin ses kayıtları yapılmaktadır.

Kurulan sistem sayesinde tüm ambulanslar ekrandan izlenmekte gelen acil çağrılara en yakın ambulans tespit edilerek yönlendirilmektedir. Ambulansla müdahale edilen hastanın hastaneye nakli gerektiğinde yine bu sistem üzerinden izlenen resmi

ve özel tüm hastanelere ait boş yatak durumu belirlenerek hastaların doğrudan tedavi olabileceği uygun hastaneye nakli gerçekleştirilmektedir. 81 ilde kurulan bu sistem Bakanlığımız merkezinde de 24 saat izlenmekte ayrıca hava ambulansların da dijital harita üzerinden takibi yapılmaktadır.

Bu sistem; ülke genelindeki tüm acil çağrılarının görülebildiği ve kayıtların incelenebildiği, tüm ambulansların dijital harita üzerinden izlendiği ve tüm hastanelere ait boş yatakların takip edilebildiği dünyadaki tek örnektir.

112 Acil hizmetlerinden yararlanan kişi sayısı 2010 yılında 2,1 milyon 96 bin kişi bu hizmetten yararlanmıştır.

Coğrafi şartlar ve hava şartları nedeni ile ulaşamayan bölgelerde hizmet verecek hasta kabinli ve kar paletli araçlar alınarak hizmete sunulmuştur. Coğrafi ve iklim şartları sebebiyle ulaşımında güçlük çekilen bölgelerde 114 adet "kar paletli ambulans" ve 18 adet "hasta kabinli kar aracı" olmak üzere toplam 132 adet özel donanımlı ambulans halkımıza hizmet vermektedir.

İhtiyaç duyulan şehirlerimizde, sokak darlığı ya da trafik yoğunluğu gibi sebeplerle özellikle ambulansların ulaşamadığı durumlarda hizmet vermek üzere motosikletli acil müdahale ekipleri oluşturuldu. Bu ekiplerde ileri motosiklet sürüş eğitimleri alan tecrübeli personeller görevlendirildi. Halen 50 adet motosiklet ile metropol illerimizde hizmet verilmektedir.

2007 yılında hizmete başlayan dört adet deniz ambulansı İstanbul, Çanakkale, Balıkesir ve Gökçeada' da hizmet vermeye devam etmektedir.



Hava Ambulans Hizmetleri

Acil tıbbi müdahaleyi gerektiren durumlarda, hastanın tıbbi müdahalenin yapılabileceği sağlık kuruluşuna en seri şekilde ulaştırılması ve gereken müdahalenin zamanında yapılması hayati önem arz etmektedir. Ayrıca acil durumlarda erken ve bilinçli yapılan tıbbi müdahalenin hayat kurtarıcı olabileceği kadar sakatlanmaların önlenmesinde ve iyileşme sürecinin kısaltılmasında da önemli rol oynamaktadır. Bu nedenle Bakanlığımız gelişmiş ülkelerde uygulanmakta olan hava ambulans sistemini 28 Ekim 2008 tarihi itibarı ile ülkemizde de hayata geçirmiş bulunmaktadır.

Ambulans Uçaklar

2010 yılı Nisan ayından itibaren birisi turbojet ve uzun mesafeli, diğeri de turboprop pervaneli (kısa pisti olan havaalanlarına da inebilecek yapıda) 2 adet ambulans uçak ile yurtiçi ve yurtdışından acil hasta veya yaralı vatandaşlarımızın nakli gerçekleştirilmeye başlanmıştır.

Turbo jet ambulans uçağı 5.300 km, turboprop ambulans uçağı 3.500 km uçuş menziline sahip olup, her iki uçak da iki hastanın yatarak naklini sağlayabilecek ve yoğun bakım şartlarında her türlü tıbbi müdahaleyi yapabilecek tıbbi ekipman ile donatılmıştır. Ayrıca uçaklarda bulunan transport kuvözleri ile yenidoğan bebeklerin yoğun bakım şartlarında nakli yapılabilmektedir.

Ambulans uçaklarla 2010 yıl sonu itibarıyla yurtdışından 38 vatandaşımız ülkemize getirilmiş, 2 yabancı uyruklu turist ise kendi ülkelerine nakledilmiştir.

Ambulans Helikopterler

Ambulans helikopter hizmeti 28 Ekim 2008 tarihinde iki helikopter ile başlamıştır.

2010 yılında 15 ilde Ankara ve İstanbul'da iki adet, diğer illerde ise birer adet (Çanakkale, Bursa, İzmir, Antalya, Afyon, Adana, Kayseri, Konya, Diyarbakır, Van, Erzurum, Trabzon ve Samsun) 18 adet ambulans helikopter ile sistem işler hale getirilerek halkımızın hizmetine sunulmuştur.

Ambulans helikopterler gündeğümü - günbatımı arasında hizmet vermekte olup, konuşlandıkları iller merkez olmak üzere yakıt ikmalı yapmadan 400 km. mesafeye kadar hasta/yaralı naklini gerçekleştirebilmektedir. Hava ambulans helikopterlerinin konuşlandığı iller öncelikli olmak üzere başta Eğitim Araştırma Hastaneleri ve belirlenen diğer hastanelere standartlara uygun heliportlar yapılmıştır.

Hava ambulans helikopterlerinde görevli olan bir doktor, bir yardımcı sağlık personeli, görevin yerine getirilebilmesi için Sivil Havacılık mevzuatına uygun bir sorumlu pilot ve bir ikinci pilot olmak üzere dört görevli bulunmaktadır.

Bakanlığımız bünyesinde gerçekleştirilen hava ambulans hizmetini, halkımızın da bu ileri teknoloji içeren hizmeti benimsemesi ve devletin diğer birimleri ile yapılan koordinasyon sonucu başta ülkemizin sağlık sistemi olmak üzere sivil havacılığın gelişimine de katkıda bulunan bir uygulama olmuştur.



Şekil 14: Ambulans Helikopter Konuşlanma Haritası



Şekil 14'te görüldüğü üzere Adana, İstanbul, Bursa, Çanakkale, İzmir, Afyon, Antalya, Ankara, Kayseri, Konya, Samsun, Trabzon, Erzurum, Van ve Diyarbakır illerinde ambulans helikopter konuşlanmıştır. Ekim 2008 tarihinden itibaren 31.12.2010 yılı sonuna kadar ambulans helikopterler 14.525 saat uçarak 7.229 hasta/yaralıyı taşımışlardır. Ayrıca 52 Organ nakli vakası taşınmıştır. Daha önceki yıllarda Gökçeada ve Bozcaada'dan hasta naklinde büyük sıkıntılar yaşanmakta idi. Çanakkale'de konuşlanan ambulans helikopter ile yaklaşık bir buçuk yıllık sürede Gökçeada'dan taşınan vaka sayısı 85, Bozcaada'dan taşınan vaka sayısı ise 23'tür. Böylece hava ambulansı sayesinde geçmişte yaşanan sıkıntılar son bulmuştur.

A.6.2. Afetlerde Sağlık Organizasyonu ve Ulusal Medikal Kurtarma Ekipleri (UMKE)

Afetlerde Sağlık Organizasyonu Projesi yurdumuzda, başta deprem olmak üzere yaşanabilecek muhtemel afetler için hayata geçirildi. Afetlerde en kısa sürede medikal kurtarma hizmetlerinin sunulması, hasta

veya yaralı naklinin en hızlı ve güvenli şekilde sağlanması ve bütün bu işler için gerekli profesyonel yönetim organizasyonunda görev alacak iyi eğitilmiş ve ihtiyaca uygun donatılmış ekipler teşkil edildi. Özellikle Türkiye nüfusunun %95'inin deprem kuşağında bulunduğu gerçeği, bu alanda uzmanlaşmanın ve hazırlıklı bulunmanın önemini ortaya koymaktadır.

Yurtdışında da müdahale yapabilecek kabiliyetlere sahip bu ekipler, İran ve Pakistan depremleri ile Endonezya depremi ve tsunami faciası ile son olarak Haiti depreminde ülke olarak iftihar ettiğimiz düzeyde görevler ifa ettiler.

Proje kapsamında, Bakanlığın kontrolünde bütün illerde oluşturulan "Ulusal Medikal Kurtarma Ekipleri" (UMKE) mensubu 4.440 sağlık personelimize temel ve tamamlayıcı eğitimler verilmiştir. Türkiye halen Avrupa'nın en büyük ulusal medikal kurtarma ekibi gücüne sahiptir.



Avrupa'nın En Büyük Medikal Kurtarma Ekibi

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

İki yıl içinde gönüllülük esasına göre 81 ilimizde oluşturulan Ulusal Medikal Kurtarma Ekiplerinde görev alan 4440 personelin temel eğitimlerini gerçekleştirilmiştir. Medikal kurtarma ekipleri, temel teorik ve istasyon eğitimlerinin yanı sıra düzenlenen tatbikatlarla her zaman göreve hazır şekilde çalışmalarını sürdürmektedir. Kurulduğu günden bu yana ülkemizin haklı gururu olan Ulusal Medikal Kurtarma Ekiplerimizin yurt içi ve yurtdışında görev aldığı çalışmaların bazıları şunlardır:

- » Yurtdışı=Yurtiçi
- » İran Bam Depremi (2003)
- » Konya Zümrüt Apartmanı Yıkılması (2004)

- » Pakistan Depremi (2005)
- » Diyarbakır Askeri Lojmanlarında Patlama (2006)
- » Sudan İnsani Yardım Organizasyonu (2007)
- » Bursa İntam Binası Çökmesi (2006)
- » Afganistan Sel ve Toprak Kayması (2007)
- » Rize Sel Felaketi (2010)
- » Konya-Taşkent Balcılar Bina Çökmesi (2008)
- » Endonezya Depremi ve Tsunamisi (2009)
- » Haiti Depremi (2010)
- » Pakistan Sel Felaketi (2010)

SAKOM (Sağlık Afet Koordinasyon Merkezi)

2009 yılı sonunda Bakanlığımızda, afet ve her türlü olağandışı olaya anında müdahale etmek, tüm kurumlar ile koordinasyonu sağlayarak ölüm ve sakatlıkları en aza indirebilmek amacıyla Sağlık Afet Koordinasyon Merkezi (SAKOM) kuruldu. Bu merkezde 24 saat yurt içi ve yurtdışında meydana gelen afet ve olağandışı olaylar takip edilmekte, afet ve olağandışı olaylara anında müdahale edilmektedir. Bu sistemde 16 adet yayın aynı anda takip edilmekte, telsiz sistemleri ile uzak mesafe görüşmeleri yapılabilmekte iller ile video telekonferans yöntemi ile canlı görüşme yapılabilmektedir.



Mobil Sahra Hastaneleri

Afet ve olağan dışı durumlara hazırlık kapsamında; Bakanlığımız tarafından her biri 8 üniteden oluşan, 32 adet Mobil Acil Müdahale Üniteleri temin edilmiştir. Bu ünitelerin her biri en fazla 7 dakikada şişirilerek kurulmakta ve 15 dakikada ilk hastayı kabul

edebilmektedir. Her bir ünitenin toplam kullanım alanı 500 m²'dir. Ayrıca ağır iklim şartlarında hizmet verebilecek 6 adet sahra hastanesi çadırı temin edilmiştir.

Pakistan'da kurulan Sahra Hastanesi



A.7. Kanserle Savaş Çalışmaları

Tablo 19: KETEM Faaliyet Toplamları, 2010

Meme Muayene Sayısı	131.622
Jinekoloji Polikliniği Müracaatı	148.003
Pap Smear Sayısı	134.039
Mamografi Sayısı	86.881
Meme Usg Sayısı	40.629

Kanser hem dünyada hem de ülkemizde kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci ölüm sebebi olması açısından önemli bir toplum sağlığı problemidir. Özellikle ortaya çıkışının önlenemediği, taramalarla ölümün yok edilemediği ve erken tedavinin yaşam kalitesine çok şey katabildiği kanserleri göz önüne alırsak korunmanın önemi artmaktadır.

Birincil korunma ile önlenebilen 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.

2000'li yılların başında dünyada yılda altı milyon insan kansere yakalanırken bugünkü artış hızıyla devam ederse 2030 yılında 24 milyon insan kansere yakalanacaktır. 17 milyon insan aynı yıl hayatını kanser sebebiyle yitirecektir. 2030 yılında 75 milyon insan kanserle yaşıyor olacaktır.

Kanserle mücadele konusunda 2009-2015 yılları arasını kapsayan bir ulusal kanser kontrol programı yaptık. Dünya Sağlık Örgütü yetkilileri ile işbirliği içerisinde yürütülen bu programın 5 ana başlığı vardır ve bu başlıklarda gerçekleştirilen ilerlemeler aşağıda özetlenmiştir.

Kanser Kayıtlılığı

Kanser kaydında daha önce etkili olmadığı bilinen her kanseri her yerden kaydetme yöntemi terk edilmiş, yeni bölgesel temsil özelliklerine göre kayıt merkezleri oluşturulmuş ve kanser insidanslarında son birkaç yılda ciddi düzelme elde edilmiştir.

2008 yılında sekiz ilde kurduğumuz aktif kanser kayıt merkezi sayımız, 2010 itibarı ile 10'a çıkarılmış ve böylece tüm nüfusun yaklaşık %25'i kanser gelişimi açısından aktif takibe alınmıştır. Bu kapsam alanı ile Türkiye aktif kanser kayıtlılığında bölgesinde ve dünyada önemli bir ülke haline gelmiştir. İki merkezimiz Dünya Sağlık Örgütü'nün Uluslararası Kanser Araştırma Kurumu (IARC) tarafınca da akredite olmuş, veriler 5 Kıtada Kanser İnsidansı kitabında yayınlanmıştır. Kanser verilerimizin kalitesi her yıl rutin değerlendirmeye alınmış ve uluslararası standartlara yükseltilmiştir. Öte yandan bazı gelişmekte olan ülkelerde kanser kayıt sisteminde geldiğimiz nokta itibarı ile Türkiye'yi kendilerine örnek almıştır. Bu konuda John Hopkins Kanser Enstitüsü Halk Sağlığı Uzmanları da Kasım 2010'da yerinde ziyaret yapmış, kanser kayıtları konusunda geline noktaı takdirle karşılaşmış ve Türkiye'nin diğer pek çok ülkeye örnek bir model olarak gösteren bilimsel bir çalışma yayınlamaya karar vermişlerdir.

Kanser sıklığımız, Avrupa ve dünyanın gelişmiş pek çok ülkesi ile karşılaştırıldığında belirgin seviyelerde bir artış göstermektedir. Ülkemizin değişik bölgeleri arasında da kanser sıklığı açısından bir fark yoktur.



Kanserden Korunma:

Kanser konusunda en etkin kontrol politikası birincil korunmadır, yani kanser yapıcı etkenin ortadan kaldırılmasıdır. Bu kapsamda Bakanlığımızın ülke çapında ve bölgesel bazda yürüttüğü çalışmalar vardır:

» Ülke Çapında Kanserden Korunma Aktiviteleri:

Ülkemiz kapalı alanlarda sigara kullanımı ve tütün kontrolüne yönelik çalışmalar neticesinde Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği MPOWER stratejisini en iyi ve en önde uygulayan ülkelerden biri olmuştur.

Son yıllarda önemli oranda tartışılan bir diğer konuda elektromanyetik dalgalar, cep telefonları ve baz istasyonlarıdır. Vatandaşlarımızın bu konudaki tereddütlerine son vermek üzere 5 bakanlık işbirliği içerisinde bir yönetmelik çıkarılmıştır. Ayrıca halkımıza en doğru bilgileri kısa sürede ulaştırılabilmek için Bakanlığımız bünyesinde bir elektromanyetik dalgalar danışma kurulu oluşturulmuştur.

» Bölgesel ve Bilimsel Faaliyetler:

Ülke çapında kanser kontrol aktiviteleri ile beraber, bölgesel düzeyde de kanser kontrol aktivitelerimiz hem bilimsel hem de kurumsal olarak devam etmektedir. Bunlar arasında Kocaeli Dilovası Kanser Takip Çalışmaları, Doğu Karadeniz Çernobil Sonrası Kanser Araştırmaları, Nevşehir Mezotelyoma Erken Tanı Çalışmaları, Türkiye Sularında Ağır Metal Birikimi Araştırmaları, Biberonlarda Bifosfenol Araştırılması, Mide Kanserlerinin Erken Teşhisine Yönelik Araştırmalar ve Onkogram Geliştirilmesi çalışmaları sayılabilir.

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 programlarını yürütmektedir.

Hedefleri:

- » Meme, serviks, kolorektal ve deri kanserlerine bağlı ölümleri azaltarak, özellikle kadınlar başta olmak üzere 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,
- » Toplumda farkındalık artışı,
- » Taramaya katılan kişi sayısında artış,
- » İleri evrede tanı alan kanser olgularında azalma,
- » Kanser insidanslarında azalma (Rahim ağzı, deri).

Bu merkezlerde ödeme gücü olmayan vatandaşlarımıza tarama hizmetleri ücretsiz verilmektedir.

Kanser Tedavisi ve Palyatif Bakım:

Ülkemizde kanser tedavisi konusunda gelişmiş ülkelerde mevcut her türlü modern ve üst düzey imkan mevcuttur ve artık kanser tedavisi için yurt dışına gidilmesi gereksizdir. Bununla beraber, Sağlık Bakanlığı olarak artık her türlü yatırımlarımızda tüm birimlerin işbirliği ile yapılan detaylı planlamalar ile yapılmaktadır. Bu kapsamda önümüzdeki 10 yıl için yapılacak tüm yatırımlar Onkoloji Vizyon Çalışması içerisinde belirtilmiştir. Ülkemizde kanserli hastaların tüm tedavileri ücretsiz yapılmaktadır.

Yıllardır ülkemizde birinci basamakta palyatif bakım hizmetleri göz ardı edilmiştir. Palya-Türk adı verilen yeni başlayan uluslararası bir projemiz bugün pek çok yabancı kurum tarafınca ilgi ile takip edilmektedir. 2009 yılında evde bakım üniteleri ile başlayan bu proje, 2011 yılında aile hekimliğinin entegrasyonu ile devam edecektir.

Hasta Savunuculuğu ve Farkındalık Programları:

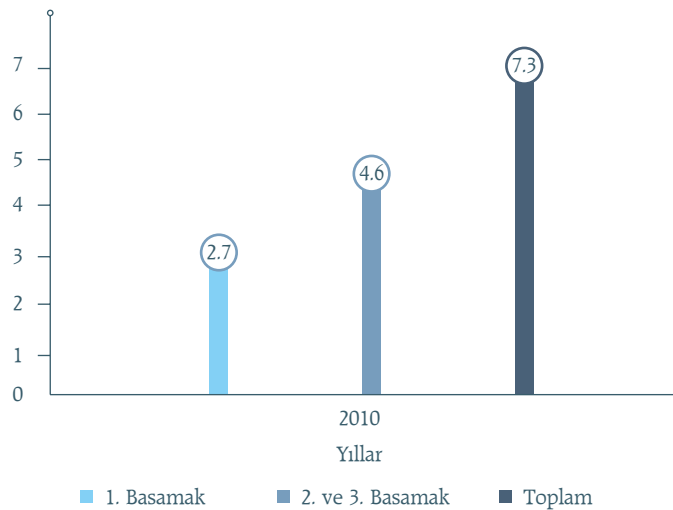
Hasta haklarına son yıllarda ciddi bir önem verilmektedir. Bakanlığımız desteği ile 24 kanserli hasta ve hasta yakınları derneği bir araya gelerek bir federasyon haline ulaşmıştır. Kansere Karşı El Ele Platformu adında çalışan bu federasyon yetkilileri, Bakanlığımız Kanser Danışma Kurulu içerisine entegre ettik. Böylece federasyon yetkililerine her türlü sıkıntıları doğrudan Bakanlık yetkililerine iletme imkanı sağlanmıştır. Bu şekilde sağlık politikalarının geliştirilmesinde hastalar aktif rol alır hale gelmiştir. Bunun yanı sıra, yurdun dört bir köşesinde “Hasta Okulları” adı verilen yüze yakın eğitim verdik. Bu eğitimlerde Kanser Nedir? Kanserde Nasıl Beslenmelidir? Kemoterapi Nedir? gibi yüzlerce sorunun cevabı için uzmanları tarafından cevaplanmıştır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında, kanser farkındalık çalışmalarına hız verilmiştir. “Farkındayız, kanseri yeneceğiz” sloganı ile bir yıldır yürütmekte

olduğumuz ulusal farkındalık çalışması tüm yurttaki geniş ses getirmiştir. Halkımızın merak ettiği tüm sorulara yanıt bulabileceği “Kansernedir.net” isimli bir web sitesi de kurulmuştur.

Farkındalık çalışmalarımızı uluslararası platformlarda da devam ettirmekteyiz. Türkiye 2010 yılında Asya Pasifik Kanser Önleme Derneği Başkanlığını yürütmüştür. Aynı yıl içerisinde Bakanlığımız Dünya Kanser Örgütü (UICC)’nın de resmi üyesi olmuştur. Uluslararası Kanser Araştırmaları Derneği (IARC) üyeliğimiz de gerçekleşmiştir. Türkiye IARC’ın Doğu Avrupa Bölgesinde Araştırma Merkezi olacaktır. 2008 yılında Ortadoğu Kanser Konsorsiyumu (MECC) başkanlığı ve 2010 yılında da, Karadeniz Ülkeleri Meme ve Servikal Kanser Önleme Konsorsiyumu Eş Başkanlığı’nı yürütmüştür.

Asya pasifik ülkelerinde yürüyen kanser problemleri ve kanser kontrol aktivitelerinin anlatıldığı “Uluslararası Kanser Önleme Kitabı 2010” yayımlanmıştır.

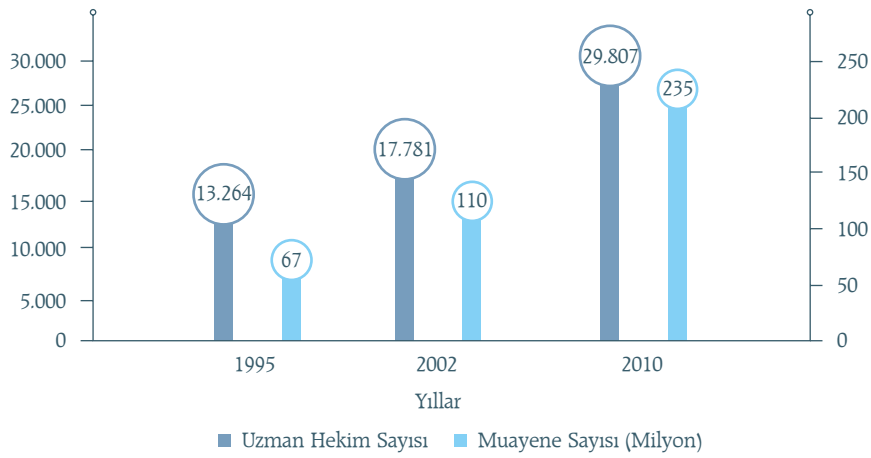
B. Teşhis ve Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri**B.1. Tedavi Hizmetleri****Grafik 13:** Kişi Başı Hekime Müracaat Sayıları, 2010



Ülkemizde kişi başına ortalama hekime müracaat sayısı sekiz yılda iki katına çıkmıştır. Bu tablonun oluşmasında Sağlıkta Dönüşüm Programı

çerçevesinde vatandaşlarımızın ilaç ve sağlık hizmetine ulaşımındaki engellerin kaldırılmasının büyük etkisi vardır.

Grafik 14: Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Yapılan Muayene Sayısı, 1995-2010

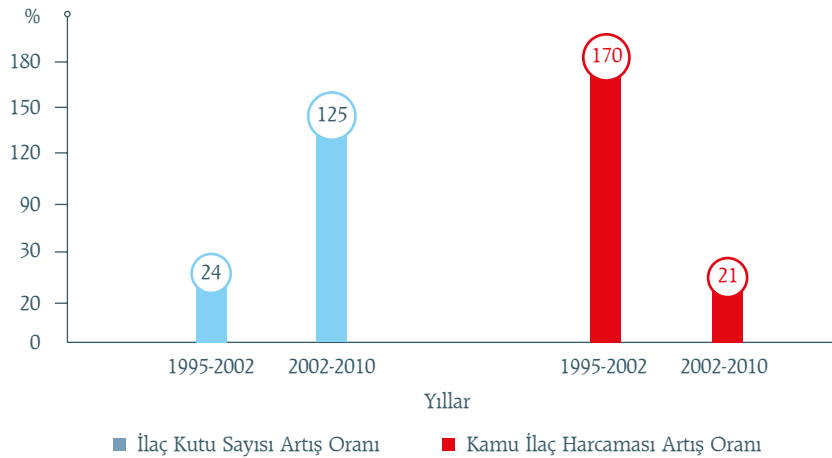


Grafik 14'te görüldüğü üzere; 2002 yılında 110 Milyon kişi olan muayene sayısı 2010 yılı sonu itibarıyla 235

Milyon kişi olarak gerçekleşmiştir.

B.2. İlaç Hizmetleri

Grafik 15: Kamu ilaç Tüketimi ve Harcamalarındaki Değişim, (%)



Tablo 20: İlaç Kutu Sayısı, 1995-2010

İlaç Kutu Sayısı (Milyon)		
1995	2002	2010
565	699	1.570

2010 yılında tüketilen ilaç kutu sayısı 1 milyar 570 milyon kutu olmuş ve 2002 yılına göre %125 artmıştır. Aynı dönemde kamunun ilaç harcaması ise 2010 yılı fiyatlarıyla 12 milyar 720 milyon TL'den 15 milyar 400 milyon TL'ye çıkmış ve sadece %21 artmıştır.

İlaçta sağlanan bu tasarruf vatandaşımızın ilaca erişimini kolaylaştırmada kullanılmıştır.

2010 yılı içerisinde 12.226 tane Türkiye'de ruhsatlı olmayan veya üretilmeyen ilaç içeren reçete kontrol edilerek yurtdışından ilaç getirme onayı verilmiştir. 2010 yılı içerisinde 19.800 kadar onaylı endikasyon dışı ilaç talebi ve tedavi yardımına ilişkin uygulama tebliği hususlarında müracaat cevaplandırılmıştır. Hastanelere acil durumlarda kullanılmak üzere yurt dışından toplu ilaç getirilmesi için 18 kez izin verilmiştir. İlaça İnsani Amaçlı Erken Erişim Programı çerçevesinde 2010 yılı içerisinde yürütülen 20 programda toplam 264 hastaya ilaca erişim izni verilmiştir.

2010 yılı içerisinde 425'i ithal, 939'u imal olmak üzere toplam 1.364 ruhsat başvurusu gerçekleşmiş ve bunların tamamı uygunluk almıştır. Ayrıca 561'i yeni ilaç imal ruhsat başvurusu, 171'i yeni ilaç ithal ruhsat başvuru sayısı olmak üzere toplam 732 yeni ilaç ruhsat başvurusu gerçekleşmiş olup 177'si imal, 8'i ithal olmak üzere toplamda 185 ruhsat düzenlenmiştir.

B.3. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri

Protez ve Dolgu Sayıları

Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri
Ağız ve diş sağlığı, bireyin vücut sağlığını doğrudan

Tablo 21: Kamu İlaç Harcaması, 1995-2010

Kamu İlaç Harcaması (2010 Fiyatlarıyla - Milyon TL)		
1995	2002	2010
4.717	12.720	15.400

etkileyen bir faktördür. Öncelik tanınan sağlık sorunları ile beraber vücut sağlığının bir parçası olan ağız ve diş sağlığı korunmadığında birçok hastalığı beraberinde getirmektedir. Tüm sağlık konularında olduğu gibi ağız ve diş sağlığı ile ilgili hastalıklarda da tedaviden çok, koruyucu önlemlere ağırlık verilmesi genel kabul görmektedir.

Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri 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 planı hazırlanmıştır.

Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleriyle genel olarak diş çürüğü olmayan bir toplum hedeflenmektedir. Bu hedefe ulaşabilmek için;

» Ağız ve diş sağlığının öneminin anlaşılması ve toplum bilincinin iyileştirilmesi,

» Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde hedef kitle anne adayından başlayarak, gebelik döneminde annenin ve bebeğin, ağız ve diş sağlığı konusunda düzenli takibinin yapılması,

» Kişilerin kendi sağlıklarının ve sorunlarının bilincinde hareket etmeleri ve ağız hijyenine önem vermeleri (doğru ve düzenli fırçalama alışkanlığının edinilmesi, diş ipi kullanımının yaygınlaştırılması),



» Yeterli ve dengeli beslenme alışkanlıklarının kazandırılması, ağız hijyeni-beslenme-çürük ilişkisinin öneminin anlaşılması,

» Diş hekimi kontrollerinin düzenli hale getirilmesi,

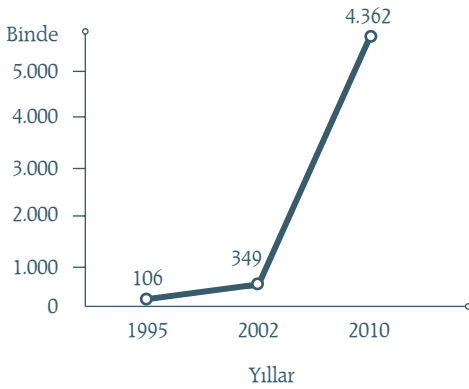
» Koruyucu diş tedavi uygulamalarının (Flor uygulaması ve fissur örtücülerin) öneminin anlaşılması,

Ağız-diş sağlığı, koruyucu diş hekimliği uygulamalarının ve düzenli diş fırçalama alışkanlığı edinilmesinin önemi hakkında vatandaşın bilgilendirilmesi, eğitilmesi, hedef kitlenin ağız ve diş

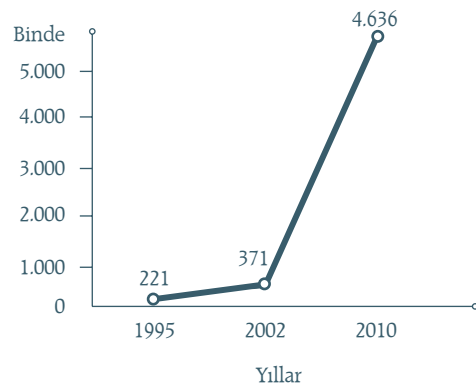
sağlığı izleminin sağlanarak, diş çürüğü ve yapılan diş tedavisi oranının en aza indirilmesi amacıyla "Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Stratejik Eylem Planı ve Uygulama Programı" hazırlanmıştır.

Grafik 16'da ve 17'de görüldüğü üzere; ağız ve Diş Sağlığı hizmetlerinde önemli gelişmeler kat edilerek son 8 yılda dolgu tedavisi sayısı 12 katına, sabit protez tedavisi sayısı 12 katına çıkarılmıştır. Ağız Diş sağlığı hizmetlerinin kalitesini arttırmak ve vatandaşlarımıza yeterli düzeyde, kolay erişilebilir ve güler yüzlü hizmet sunabilmek amacıyla Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi olmayan il ve ilçelerimizde merkezlerin açılmasına yönelik çalışmalar yürütülmüştür.

Grafik 16: Sabit Protez Sayısı, 1995-2010



Grafik 17: Dolgu Sayısı, 1995-2010

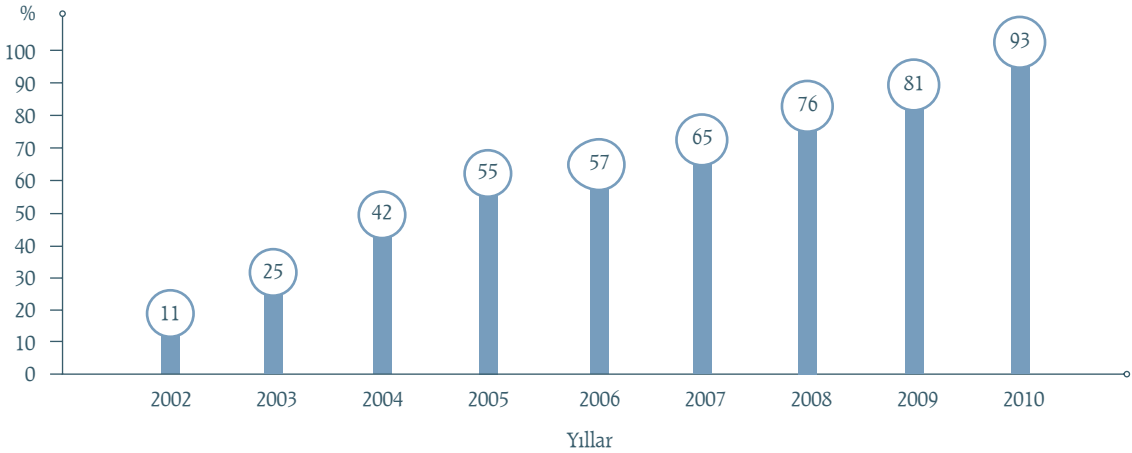


B.4. Kalite ve Performans Hizmetleri

TÜİK tarafından yapılan hasta memnuniyeti araştırma sonuçlarına göre bireylerin sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranında ciddi bir artış

gözlenmektedir. 2004'te %46.9 olan memnuniyet düzeyi, 2009 yılında %65.1, 2010 yılında ise %73.1'e ulaşmıştır.

Grafik 18: Tam Zamanlı Çalışan Uzman Hekim Oranları, 2002-2010



Grafik 18’de, tam zamanlı çalışan uzman hekimlerin oranları yıllar itibarıyla görülmektedir. 2002 yılı sonunda %11 olan tam zamanlı çalışan uzman hekim oranı, 2010 yılında 8 kattan fazla artış göstererek %93 seviyesine ulaşmıştır.

B.5. Organ, Doku ve Hücre Nakli Hizmetleri

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

Ülke genelinde canlı ve kadavradan gerçekleşen tüm (böbrek, karaciğer, kalp, akciğer, pankreas ve ince barsak) organ nakilleri ile organ bekleyen hasta bilgilerini içeren yeni Ulusal Organ Nakli Bilgi Sistemi oluşturulmuştur. Bu sistem öncelikle organ nakil merkezleri, bölge koordinasyon merkezleri (BKM) ve UKM tarafından takip edilmektedir.

Organ nakli, yerine koyma tedavileri içinde en yararlı ve bazı organlar için tek tedavi biçimidir.

Bu durum organ ve doku nakli hizmetlerinin sunumunda organ bağışının ve kadavra organ temininin artırılmasının önemini ortaya koymaktadır. Organ naklinde bekleme süresini kısaltmak için en etkin yollardan biri beyin ölümü bildirimlerinin ve kadavra organ bağışı sayısının artırılmasıdır.

Organ ve doku nakli hizmetleri alanında çalışan kurum ve kuruluşlar için gerekli doku teminini sağlamak amacıyla 1 adet Kemik Bankasına (Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi) ve 1 adet Kas-İskelet Sistemine yönelik Doku Bankasının (Ankara Üniversitesi) açılması sağlanmıştır.

Organ ve Kemik İliği Nakli hizmetlerinde büyük öneme haiz Doku Tipleme Laboratuvarları sayısının artırılması ve her bölgede hızlı doku tipleme yapılabilmesi amacıyla yeni ruhsatlandırmalar yapılarak Doku Tipleme Laboratuvarı sayısı Türkiye genelinde 32’ye yükseltilmiştir.



Türkiye'deki kemik iliği verici sayısının 30-40 binden fazla olmaması sebebiyle uygun iliğin bulunabilmesi için yurt dışı taramaları oldukça fazla öneme sahiptir. Bu sebeple yurt dışı verici taramalarında bulunan uygun iliğin temini için Sosyal Güvenlik Kurumu ödemelerinin iyileştirilmesi yönünde çalışmalar yapılmıştır. Her bölgede aktif nakil merkezi olması ve hizmet sunumunun iyileştirilmesi amacıyla yeni merkezlere ruhsat ve faaliyet izni vererek nakil merkezlerinin sayısı artırılmıştır. Halen 11 pediatrik, 28 erişkin olmak üzere toplam 39 nakil merkezi mevcuttur.

Tablo 22'de görüldüğü üzere; 2009 ve 2010 yılında Bakanlığımız hastanelerinde toplamda böbrek naklinde 2.939, Karaciğer naklinde 921, Kalp naklinde 140, Akciğer naklinde 10, Pankreas naklinde 50, İnce Bağırsak naklinde 4'e ulaşmış olup, Kalp Kapakçığı'nda da 2010 yılı içerisinde 18 nakil gerçekleştirilmiştir. 2010 yılı sonu itibarıyla genel toplamda 4.064 vatandaşımıza organ nakli gerçekleştirilmiştir.

Tablo 22: Organ Nakli Sayıları, 2009-2010

Organ Nakli 2009-2010								
	Böbrek	Karaciğer	Kalp	Kalp Kap.	Akciğer	Pankreas	İnce Bağırsak	Toplam
2009	437	226	54	-	7	21	1	746
2010	2.502	695	86	18	3	29	3	3.318
Genel Toplam	2.939	921	140	18	10	50	4	4.064

"Ulusal Organ Nakli Bekleme Sistemi" kurulmuş, suistimal ve spekülasyonları engellenmiştir. Bağışlanan organlar hiç beklemeden uygun hastaya ulaştırılmaktadır.

B.6. Evde Sağlık Hizmetleri

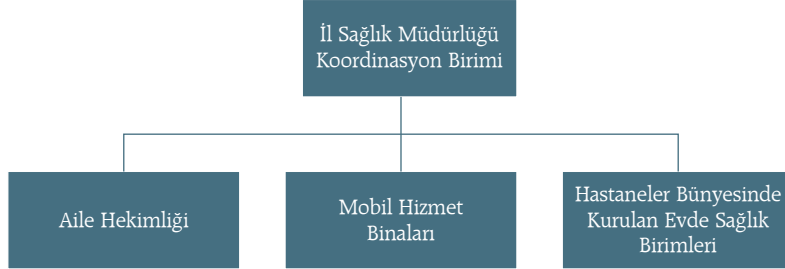
Evde sağlık hizmetleri uygulaması kapsamında yatağa bağımlı hastalarımızın yaşadıkları ev ortamlarında

kaliteli, etkin, ulaşılabilir ve güvenli sağlık hizmeti alması sağlanmaktadır. Aynı zamanda hastane yataklarının gereksiz yere kullanımının önüne geçerek sağlık hizmetlerine ait maliyetlerin azaltılması sağlanmıştır.

Evde Sağlık Hizmeti Birimlerince Verilen Hizmetler:

» Muayene ve Konsültasyon Hizmeti

Şekil 15: Evde Sağlık Hizmetleri Kurumsal Yapılanması



Hemşirelik Hizmetleri,

» Laboratuvar Hizmetleri,

» Sağlık Kurulu Raporlarının çıkarılması- Süresi Dolan Raporların yenilenmesi,

» Sağlık Kurulu Raporu ile Alınması Gereken İlaçların Reçete Edilmesi,

» Tıbbi 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.7. Kan Hizmetleri

Türkiye’de bölgesel yapılanma, Bakanlığımızın da desteğiyle Kızılay tarafından sürdürülmektedir. Kızılay, 15 Bölge Kan Merkezi ve 56 Kan Bağış Merkezi oluşturarak güvenli kan teminini hastanelerimiz bünyesinde açılmış olan Transfüzyon Merkezleri aracılığıyla sağlamaktadır. Bunun yanında hasta yoğunluğu çok yüksek olan 84 hastanemizde kan merkezleri oluşturulmuştur. Buralarda da hastalarımızın ihtiyacı olan kan ve kan ürünlerinin temini sağlanmaktadır. Kan hizmet birimlerinin denetimi ve Kan ve Kan Ürünleri Kanununun uygulanabilirliği açısından, ülke çapında tüm il sağlık müdürlüklerinden ve kan bankacılığı yapmış hekimlerden oluşan 213 kişilik sağlık çalışanına Denetçi Eğitimi verilmiştir.

Kan bağışının öneminin vurgulanması ve vatandaşlarımızda kan bağışı duyarlılığının artırılması için, sivil toplum örgütleriyle birlikte kampanyalar düzenlenmiştir. Yapılan çalışma, eğitim ve bilgilendirmeler sonucunda yapılan kan bağışları 2010 yılında 1.015.000 üniteye çıkarılmıştır.

Böylece, ülkemizde ilk defa vatandaşlarımızın acil durumlarda kan ya da kan ürünü bulabilmek için kapı kapı dolaşmalarının önüne büyük ölçüde geçilmiş olup son derece değerli olan kan ürünlerinin boşa gitmesinin önüne geçilmiştir.

B.8. Türkiye Kök Hücre Koordinasyon Merkezi (TÜRKÖK)

Son yıllarda giderek önem kazanan kök hücre ve kök hücre tedavileri konusunda karmaşayı engellemek için 2008 yılında Türkiye Kök Hücre Koordinasyon Merkezi (TÜRKÖK) faaliyete geçirilmiştir. TÜRKÖK Projesi ile:

- » Hematopoetik kök hücre nakli ile ilgili merkezlerin koordinasyonunun bir çatı altında toplanması,
- » Merkezlerin sayı ve kapasitesinin artırılmasına yönelik çalışmaların yapılması,
- » Merkezlerden düzenli veri akışının sağlanması,

» Toplanan verilerin analizi ve merkezlerin eksiklerinin tespitinin yapılması,

» Merkezlerin kalite kontrol ve standartların belirlenmesine yönelik çalışmaların yapılması,

» Ulusal Kemik İliği Bankasının kurulması ile hematopoetik kök hücre nakli yapılacak hastalar için tedavi giderinin düşürülmesi,

» Avrupa Birliği standartlarının yakalanması ve idari kapasitenin güçlendirilmesi,

» Yurt içinde çeşitli HLA tiplerine sahip gönüllü vericilerden ve Ulusal Akraba Dışı Kordon Kanı Bankasına bağışlanan kordon kanlarından yapılacak tarama ile nakil bekleyen hastalara, hematopoetik kök hücre temini için koordinasyonun sağlanması,

» Yurt içinde gönüllü verici bulunamayan nakil bekleyen hastalara, yurt dışındaki bankalardan en kısa sürede hematopoetik kök hücre temini için koordinasyonun sağlanması,

» İlk beş yılda Türkiye’nin coğrafi olarak birçok bölgesinden, çeşitli HLA tiplerine sahip 250.000 kayıtlı gönüllü vericinin kazanılması,

» İlk beş yılda toplam 50.000 kordon kanı bağışının kazanılması,

» Yılda 2.500 ve üzerinde nakil yapılması,

» Nakil merkezlerinin ülke ihtiyaçları doğrultusunda yaygın dağılım göstererek, yatak sayısının 300 ve üzerine ulaşması,

» Nakil merkezlerinin tam kapasite ile kullanılması,

» Hedeflenen gönüllü verici sayısına ulaşabilmek için ilk aşamada 29 sağlık bölgesinde “Bölge Koordinasyon Merkezi”nin kurulması,

» Her bölgede, Bölge Koordinatörlerinin tespitleri doğrultusunda ihtiyaç duyulan sayıda “Gönüllü Verici Merkezi”nin kurulması,

» Ulusal Akraba Dışı Kordon Kanı Bankası ve kordon kanı toplama merkezlerinin kurulması (Bakanlığımız, üniversite, vakıf ve özel doğum hastanelerinden kordon kanı bağıışı),

» Yurtiçi ve yurtdışı merkezler arası koordinasyonun sağlanması ile nakil gereken hastaların en kısa sürede ve en yüksek nitelikte tedavi olma şansının artırılarak nakil için bekleyen hasta sayısının ve ölümlerin azaltılması,

» Hematopoetik kök hücre nakli ile ilgili merkezlerin Avrupa Kemik İliği Donör Bilgi Sistemi (EMDIS), Dünya Kemik İliği Donörleri (BMDW), Dünya Kemik İliği Birliği (WMDA), Avrupa Kan ve Kemik İliği Transplantasyonu Grubu (EBMT) gibi uluslararası kuruluşlarla akreditasyon sürecinin başlatılması, entegrasyon ve koordinasyonun sağlanması,

» Tüm merkezlerde çalışan personellerin eğitim ve sertifikasyonlarının tamamlanması,

» İlk beş yılda kuruluş maliyetlerini karşılayıp, işletme maliyetlerini ek bir ödenek almadan karşılayabilecek duruma gelmesi,

» Gelirleri ile yurtiçi ve yurtdışı bilimsel projelere sponsor olması, teknik destek vermesi,

» Elde edilen verilerin analiz ve istatistiksel sonuçları ile bilimsel araştırma, yayınlara katkıda bulunması hedeflenmiştir.

B.9. Hastane Enfeksiyonlarının Önlenmesi

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

B.10. Yanık Tedavisinde Yeni Yapılanma

Yanık hastalarının enfeksiyon ve diğer ikincil sorunlara açık olması, bu hastalara özel bir ilgi ve bakım gösterilmesini gerekli kılmaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın başlangıç döneminde Bakanlığımız hastanelerinde sadece 35 yanık yatağı mevcut iken 2010 yılı sonu itibarıyla yanık yatağı sayısı 320 olmak üzere toplamda 476'ya yükseltilmiştir. Bakanlığımıza bağlı hastanelerde yanık yatağı sayısı 2002 yılına göre dokuz kat artmış durumdadır. Türkiye'de bir ilk olarak 2009 yılında İstanbul'da Bakanlığımıza ait Kartal Yanık Tedavi Hastanesi faaliyete geçirilmiştir.

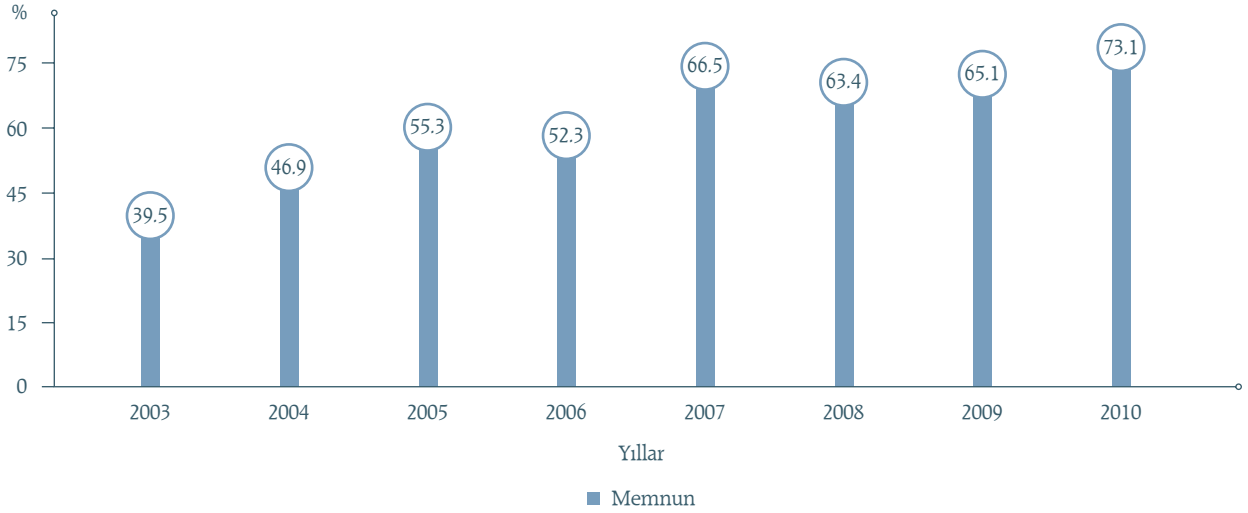
B.11. Hasta Hakları ve Hekim Seçme Faaliyetleri

Devlet hastanelerimizin tamamında "Hasta Hakları Birimi" faaliyete geçirilmiştir. Ayrıca bütün hastane ve ADŞM'lerimizde hekim seçme uygulamasına geçilmiştir.



B.12. Sağlık Hizmetlerinden Genel Memnuniyet Oranı

Grafik 19: Sağlık Hizmetlerinden Genel Memnuniyet Oranı, 2003-2010 (%)



Grafik 19'da görüldüğü üzere; TÜİK Yaşam hizmetlerinden 2003 yılında %39.5 olan memnuniyet oranı 2010 yılında %73.1'e yükselmiştir.

C. Rehabilit Edici Sağlık Hizmetleri

C.1. 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 giden şizofreni ve benzeri psikotik bozukluklar ve duygudurum bozuklukları gibi kronik ruhsal hastalıkları) olan hastalara, psikososyal destek hizmetlerinin verilmesi, takip ve tedavilerinin gerektiğinde evde sağlık hizmetleri uygulamasına entegre bir şekilde yaşadıkları ortamda sunulmasını sağlamaktır.

Bu amaçla Bakanlığımıza ait ruh sağlığı hastaneleri ve bünyesinde psikiyatri kliniği veya ruh sağlığı uzmanı bulunan genel hastanelere bağlı olarak, ruh sağlığı uzmanının sorumluluğunda faaliyet göstermek üzere merkezler açılmıştır.

Merkezleri, hizmet vereceği nüfusun demografik yapısı ve epidemiyolojik özellikleri dikkate alarak belirlenmektedir. İhtiyaç duyulan illerde birden fazla merkez kurulmaktadır. Merkezin faaliyeti, merkezin hizmet vereceği bölge ile sınırlıdır.

Merkez, hizmet verdiği bölgede ikamet eden ağır ruhsal bozukluğu olan hastaları; aile hekimleri, psikiyatri klinikleri, kaymakamlık, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu il müdürlükleri ve diğer kurum ve kuruluşlar tarafından tutulmakta olan kayıtları da kullanarak tespit ediyor ve kendi veri tabanını oluşturmaktadır.

Merkeze devamı sağlanan hastaların psikiyatrik ve sosyal profillerinin sosyodemografik veri formu ve ölçeklerle belirlenmesi ve hizmetin sona ermesinden sonra hasta dosyalarının ilgili mevzuata uygun olarak arşivlenmesi sağlanmaktadır.

Gerekli müdahale ve hizmet planlamalarını yapabilmek amacıyla hizmet verilen nüfusun demografik yapısını dikkate alarak gerekli veriler toplanıp değerlendirilmektedir.

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

Merkez tarafından gezici hizmet vermek üzere görevlendirilen ekibin ulaşımı ile gerektiğinde hastaların nakli için kullanılmak üzere bir hasta nakil aracı tahsisi yapılmaktadır.

Merkezde ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı, sosyal çalışmacı, psikolog, hemşire, şoför, iş uğraş terapisti ve/veya usta öğretici, tıbbi sekreter, idari ve teknik personel, temizlik elemanı, güvenlik görevlisi

çalışmaktadır.

Başvuru ve hastanın merkeze kabulü:

» Merkez, kendisine bağlı bölgedeki ağır ruhsal rahatsızlığı olan hastaları tespit ediyor ve bu hasta veya ailesi ile telefon yoluyla irtibat kurulmaktadır.

» Merkez ve uygulamalar konusunda bilgilendirme yapılarak hasta merkeze davet edilmektedir.

» Merkeze gelemeyecek durumda olan hastalar evde ziyaret ediliyor ve durumları belirlenerek merkeze davet edilmektedir.

» Merkezde hizmet alacak kişinin durumu ve sunulacak hizmet belirlenmektedir.

» Takip ve tedavi planı oluşturularak hizmeti alacak hasta ve hasta yakınları bilgilendirilmektedir.

» Evde ziyaret edilmesine rağmen merkeze gelmesi sağlanamayan hasta, ilgili uzman tabip tarafından evde ziyaret edilerek değerlendiriliyor ve değerlendirme sonucuna göre ya merkeze davet ediliyor ya da evde sağlık hizmeti birimi ile gerekli koordinasyon sağlanarak evde takip programı belirlenmektedir.

» Evde ziyaret programına göre ekipte yer alan hekim dışı personelin görev saatleri ve uygulayacakları işlemler belirleniyor, görev dağılımı yapılarak ilgililere tebliğ edilmektedir.



» Merkez hizmetlerinden yararlanmak için, hastanın bizzat kendisi veya hasta yakınları tarafından talep yapılabilmektedir.

» Bu durumda, merkezde verilen hizmetlere uygunluğu ve tedavi sorumluluğu açısından hastanın durumu; tanısını koyup, tedavisini planlayan ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı tabip veya merkezde görevli uzman tabip tarafından değerlendirilmektedir.

» Başvuru sahibi hastalara veya aile bireylerine başvuru sonucu menfi olduğunda gerekçeli açıklama yapılmaktadır.

C.2. Otizm ile Mücadele Hizmetleri

Bir diğer çalışma alanımız çocukluk döneminde başlayan ve çocuğun gelişimini önemli ölçüde etkileyen otizm ile mücadeledir. Otizm üç yaşından önce başlayan, sosyal etkileşim ve iletişimde önemli ölçüde bozulma, ilgi ve etkinliklerin belirgin sınırlılığı gibi özelliklerle ortaya çıkan gelişimsel bir sendrom olarak tanımlanmaktadır.

Etiyolojisi bilinmeyen otizmlili hastaların tedavisinde erken dönemde yoğun bir özel eğitim programı önerilmektedir. Erken tanılama aşamasında halkımızın yaygın olarak kullandığı birinci basamak hizmetleri önem taşımaktadır. Bunun için 0-6 yaş arası tüm çocuklarımızın belirli standartlar içinde izlemelerini sağlamak amacı ile oluşturduğumuz çocuk izlem protokollerinin içine otizmin erken tanılanmasını da sağlayacak "gelişimi izleme ve destekleme rehberi" modülü yerleştirilmiştir. Bu modülde göz teması kurma gibi otizmde erken tanıyı sağlayabilecek, belirtiler taranmaktadır.

Ayrıca yine "çocuğun psikososyal gelişimini destekleme programı" çerçevesinde anneler ve çocuklar ile çok yakın çalışan birinci basamaktaki ebe, hemşire ve doktorlarımıza, otizmi de içeren herhangi bir gelişimsel bozukluğu erken tespit edebilmeleri için eğitim verilmektedir.

Birinci basamakta riskli veya şüpheli tanı olarak değerlendirilen vakaların zaman kaybetmeden ilgili uzmanlar tarafından değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu nedenle bu alanda eğitim verebilecek, vakanın sadece psikiyatrik değerlendirilmesini değil aynı zamanda iştme, genetik sorunlar gibi birlikte bulunabilecek sorunlar açısından da değerlendirmesini sağlayabilecek, bunun yanında rehabilitasyon süreçlerinde çok önemli olan konuşma terapisi gibi hizmetleri tek çatı altında yürütecek Türkiye'nin ilk "otizm mükemmeliyet merkezi" açılmak üzeredir. Merkezde çalışacak personelin eğitimleri tamamlanmıştır. Merkez fiziki tadilat işlemlerinin tamamlanmasının ardından hizmete girecektir. Merkez aynı zamanda bir eğitim kliniği olarak da faaliyet gösterecektir.

Tanı alanında kat ettiğimiz bir diğer gelişme de Dünya'da bu hastalıkların tanılanmasında altın standart olarak kabul edilen tanı testleri (ADI ve ADOS) Türkçe'ye kazandırılmıştır. Rehabilitasyon-eğitim alanlarında ise Bakanlığımız ve Milli Eğitim Bakanlığı'nın koordinasyonu gerekmektedir. Zira otizmde etkinliği gösterilmiş en önemli tedavi rehabilitasyon aracı erken özel eğitimidir. Otizm tanısı almış çocukların erken çocuklukta (2-6 yaş) yoğun bir rehabilitasyon-eğitime tabi tutulması ile ileride yaşlıları ile örgün eğitime devamının artırılması hedeflenmektedir. Bu konuda Milli Eğitim Bakanlığı ile ortak çalışmalar devam etmektedir.

C.3. Çocuk İstismarı ve Çocuk İhmali ile Mücadele Hizmetleri

Yetişkinlik döneminde yaşanan risklerden belki de daha öncelikli olarak çocukluk döneminde karşılaşılan durumlar yetişkin ruh sağlığı bozukluklarının önemli habercileri olarak görülmelidir. İnsanın yaşam boyu bedensel, ruhsal ve sosyal sağlığı, beyninin gelişimiyle yakından ilişkilidir. Beyin gelişimi büyük oranda gebelik döneminde ve yaşamın ilk beş yılında oluşur.

İnsanın yaşam boyu kullanacağı becerileri, öğrenme kapasitesi, çevreyle ilişki yetenekleri ve kişiliği de beyin gelişimi ile birlikte büyük ölçüde bu yıllarda gelişir. Bireylerinin yaşam boyu sağlığını korumak, daha yetenekli, zeki, başarılı ve kapasiteli bireyler yetiştirmek, artan şiddet ve suçluluğu azaltmak, sosyoekonomik eşitsizlikleri makul düzeylere indirmek için toplum öncelikle, beynin hızlı gelişim döneminin önemini fark etmeli ve bu dönemde çocuklarının gelişimini desteklemelidir. Dolayısıyla, çocukların ve ergenlerin ruh sağlığını desteklemek, bireyler, toplum ve sağlık sistemleri için uzun dönemde yararlar sağlayacaktır. Bu hassasiyet ve ihtiyaçları göz önünde tutarak çocuk ve ergen sağlığının geliştirilmesi, ruh sağlığı sorunlarının önlenmesi ve bu hizmetlerin Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine entegre edilmesi amacıyla 2005 yılında “Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Şube Müdürlüğü” kurulmuştur.

Bursa ilinde pilot olarak yürütülen, 0-6 yaş dönemine yönelik hizmet vermek amacıyla “Çocuğun Psikososyal Gelişimini Destekleme (ÇPGD) Programı”nın 2005 yılından itibaren ülke geneline yaygınlaştırılması çalışmaları başlatılmıştır. Bu programın amacı, psikososyal gelişimi destekleme yöntemlerini birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre ederek, gelişimin en hızlı olduğu gebelik ve 0-6 yaş döneminde çocuğu destekleyip ruhsal, sosyal ve bedensel olarak sağlıklı nesiller yetişmesini

sağlamaktır. Bilindiği gibi bebek ve çocuk, gelişim döneminde bazı risk faktörleriyle karşı karşıya kalabilmektedir. Program kapsamında bu döneme yönelik izlenen risk faktörleri; beslenme yetersizliği düzeyinde yoksulluk, gelişim gerilikleri, anne/baba ruhsal bozuklukları, şiddet, çocuğa yönelik ihmal/istismar gibi risk faktörleridir.

Programla; birinci basamak sağlık hizmetleri içine çocuğun ruhsal ve sosyal gelişimini izleme ve destekleme boyutlarını entegre ederek, gebe ve çocuğu birinci basamakta biyopsikososyal bakış açısı ile izlemekteyiz. Söz konusu programın eğitimleri birinci basamakta çalışan ebelere, hemşirelere ve hekimlere vermekteyiz. Eğitim alan ebe/hemşireler gebelik döneminden itibaren anne ve baba ile görüşmeler yaparak çocuğu izlemekte ve görüşme ile beslenme, aile planlaması, sigaranın zararları konusunda temel bilgiler vererek, riskleri gözlemlemektedir. Riskli olgu tespit eden ebe/hemşire tespit etmiş olduğu riskli olguları hekime yönlendirir. Hekim tedavi planını uygulayarak gerekli durumlarda ikinci basamağa veya destek alabileceği kurumlara yönlendirir. Program kapsamında 2006-2010 yılları arasında birinci basamakta çalışan 8.374 hekime, 22.023 ebe/hemşireye eğitim verilmiştir. Programla yine aynı dönemde 623.040 gebe, 1.026.415 bebek, 1.467.737 çocuk ve 373.502 babaya hizmet verilmiştir.

Çocuklarımızın her açıdan korunması, geleceğimize yönelik en büyük yatırımdır. Çocukluk döneminde maruz kalınan ihmal ve istismar çocukları en çok örseleyen travma alanlarının başında gelmektedir. Çocuğun bakmakla yükümlü kimseler ve diğer yetişkinler tarafından fiziksel, duygusal, zihinsel veya cinsel gelişimlerini engelleyen ya da beden veya ruh sağlığına zarar veren, kaza sonucu olmayan durumlarla karşı karşıya bırakılmasına çocuk istismarı denmektedir. Çocuğun sağlığı, fiziksel veya psikolojik gelişimi için gerekli ihtiyaçların karşılanmaması ise “çocuk ihmali” olarak tanımlanmaktadır.



Çocuk istismarı ve ihmali gerçek boyutları iyi bilinmeyen çok ciddi toplumsal bir sorun olmanın yanı sıra yol açtığı bedensel, zihinsel ve psikolojik bozukluklar ile bireylerde yaşam boyu iş gücü yitimi, uzun süreli ve yineleyici tetkik ve tedaviler nedeniyle topluma önemli ekonomik yük getiren bir sağlık sorunudur.

Bakanlık olarak, ihmal edilen veya istismara uğrayan çocuklara verilen hizmetler alanındaki eksiklikleri gidermek amacı ile çalışmalara başladık ve ilk aşama olarak da cinsel istismara uğrayan çocukları ele almıştır.

C.4. Yaşlı Sağlığı

Ülkemiz 2000 verilerine göre 65 yaş üzeri nüfusun genel nüfusa oranı %5.37, 2010 ADNKS sonuçlarına göre ise %7 sini, 60 yaş üzeri nüfus ise %10'u oluşturmaktadır (TÜİK). Türkiye'de doğumda beklenen yaşam süresi giderek artmaktadır. 2000 yılında 70.4 yıl olan doğumda beklenen yaşam süresi 2009 yılı için erkeklerde 71.5 kadınlarda 76.1 olmak üzere toplamda 74 yıla uzamıştır.

Sağlık açısından özel ihtiyaçları bulunan yaşlılarımıza yönelik sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak, bu ihtiyaçları birinci basamak sağlık hizmeti kapsamında karşılamak üzere ülkemizde bu alanda çalışan uzmanların katkılarıyla birinci basamak hekimlere yönelik hazırlanan "Yaşlı Sağlığı Tanı Tedavi Rehberi" ile DSÖ tarafından geliştirilen "Yaşlı Dostu Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri İçin Materyal (Age-friendly Primary Health Care -PHC- Centres Toolkiti)" Türkçeye çevrilmiş, basımı yapılmış ve dağıtılmıştır.

Yaşlılarımızın sağlık eğitimlerinde kullanılmak üzere "Eğiticiler İçin Yaşlı Sağlığı Rehberi", yaşlılarımızın sağlıklı beslenmeleri konusunda bir rehber olan "Yaşlılarda Beslenme" kitapları da hazırlanmıştır. Bakanlığımız aynı zamanda Devlet Planlama Teşkilatı ve SHÇEK önderliğinde hazırlanan "Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı"nın aktif paydaşlarından birisidir.

D. Sağlık Hizmetleri İçin Altyapı Sağlanması

D.1. Hastane Hizmetleri Altyapı İyileştirmeleri

Sağlıkta Dönüşüm Programıyla bütün sağlık yatırımlarını gözden geçirerek detaylı bir sağlık envanteri oluşturulmuştur. Kamu sağlık yatırımları yeniden planlanmıştır. Yatırımların finansal, tıbbi ve teknik analizleri dikkatle değerlendirilmiştir. Yatırım planlamalarını ilçe, il ve bölge düzeyinde, yerinde inceleyerek ve yerel yöneticilerle birlikte yapılmıştır. Projeleri öncelik ve önem sırasına göre tekrar tasnif ederek yatırım bütçelerimizin daha akılcı olarak kullanılması sağlanmıştır. Yeni sağlık yapılarının inşasında, mevcut binaların tadilat ve onarım ihtiyaçları karşılanırken ülkemizin sınırlı kaynaklarını ekonomik ve tasarruflu kullanmak için azami hassasiyet gösterilmiştir. Yeni yapılacak sağlık tesislerinin günümüzün beklenti ve ihtiyaçlarını karşılayacak, tıp ve teknolojiye gelişmelerin kullanılmasına imkan verecek akıllı binalar inşa edilmesini hedeflemiş bulunmaktayız. Bunun içinde "Türkiye Sağlık Yapıları Asgari Tasarım Standartları 2010 Yılı Kılavuzu" nu hazırlayarak, yayınlamıştır.

Kılavuzun hazırlanmasında başta TSE (Türk Standartları Enstitüsü) olmak üzere, Bakanlığımız hizmet kalite standartları, AIA (Amerikan Mimarlar Birliği), ADA (Amerikan Engelliler Hareketi) ve JCI (Joint Commision International) gibi kaynaklar, araştırmalar, yayınlar ve yönetmeliklerden yararlanılmıştır. Daha sonra ülkemizde sunulan sağlık hizmetleri anlayışı ve politikasına göre çalışmalar şekillendirilmiş ve nihayet halkımızın yaşam tarzı ve kültürüne uygun hale getirilmiştir. Daha sonra ülkemizde sağlık alanında çalışan mimarlar, mühendisler, hastane işletmecileri ve klinisyenlerden oluşan kamu, üniversite ve özel sektör temsilcileri ile çeşitli çalıştaylar yapılarak rehber tamamlanmıştır.

Günümüz toplumsal yaşamı ve onun getirdiği mekansal gerekliliklerin çözümü sadece mimarların mekansal tasarımlarıyla aşılabilecek problemler olmaktan çıkmıştır. Teknolojinin yapı üretim sürecinin her alanına daha çok girmesiyle başta

hastaneler olmak üzere özellikle karmaşık nitelikli yapıların üretiminde farklı uzmanlık alanlarının birlikte koordineli çalışması gereken tasarım ve yapım süreçleri doğmuştur. Bu nedenle planlanan hedeflere en uygun biçimde varabilmek için tasarım sürecinin de tasarlanması ve yönetilmesi gerektiğinden hastane yapılarının 3B görüntüleri, projeleri, maketleri vs. uzmanlaşan teknik ekibimiz tarafından incelenerek günümüz şartlarında ve son teknolojiye uygun hastane yapılarının inşa edilmesine büyük ölçüde destek verilmektedir.

Ülkemizin deprem kuşağında olması ve sağlık yapılarında bir an önce güçlendirme yapılması gerekliliği arz ettiğinden çok kısa bir sürede deprem güçlendirmesi yapılması gereken Hastanelerin durum raporları hazırlanarak önümüzdeki yıllara ışık tutacak bir arşiv oluşturulmuştur. Türkiye genelindeki hastanelerimizin Deprem Tahkik-Güçlendirme ve Analiz çalışmaları yapıldığı tarihlerdeki değişiklikler nedeniyle bloklar bazında değerlendirilmiştir.

Tablo 23: İnşaatı Tamamlanan Sağlık Tesisleri, 2010

Tesis	Sayı
Devlet Hastanesi	26
Ek bina	26
Diğer	52
Toplam	104

Tablo 23'te görüldüğü üzere, 2010 yılı sonu itibarıyla Bakanlık olarak 26 devlet hastanesi, 26 ek bina ve 52 çeşitli sağlık tesisi (sağlık evi, dispanser, vb.) yapımı

tamamlanmıştır. 2010 yılı sonunda tamamlanan toplam yatırım sayısı 104'e ulaşmıştır.



Tablo 24: GAP Bölgesine Yapılan Sağlık Tesisleri, 2010

Sağlık Tesisi	Biten	Devam Eden
Devlet Hastanesi	5	14
Yeni Blok	0	3
Diğer	30	17
Toplam	35	34

Proje Aşamasındaki Hastane Örneği

2010 Yılında GAP illerinde 5 Hastane ve 30 adet çeşitli Sağlık Tesisi olmak üzere toplam 35 proje inşaatı tamamlanarak hizmet vermeye başlamıştır. Ayrıca

aynı yıl içerisinde 14 Hastane, 3 Yeni Blok ile birlikte 17 adet çeşitli sağlık tesisi olmak üzere toplam 34 projenin inşaatı devam etmektedir.

Proje Aşamasındaki Hastane Örneği Şanlıurfa Siverek Devlet Hastanesi



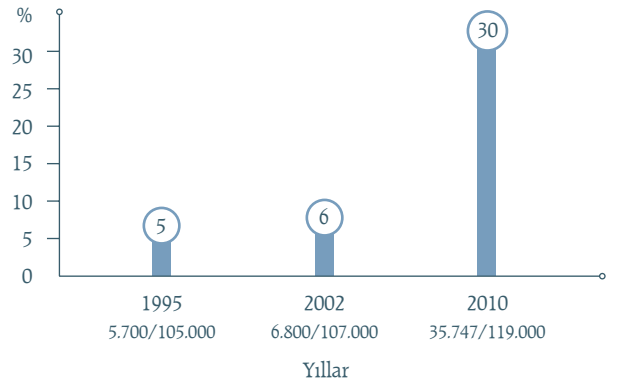
Proje Aşamasındaki Hastane Örneği Mardin 300 yataklı Devlet Hastanesi



Tablo 25: Sağlık Yatırımları

Sağlık Tesisi	2002-2010
Hastane ve Yeni Bina	509
Birinci Basamak Sağlık Tesisi	1.384
Toplam	1.893

Grafik 20: Nitelikli Hasta Yatak Oranları, 1995-2010



2003 yılından sonra tamamlanan ve yeni başlayan yatırımlarda nitelikli yatak oranı %100'dür.

Son sekiz yılda 509'u hastane ve ek binası, 1.384'ü birinci basamak sağlık kurulu olmak üzere 1.893 sağlık tesisi tamamlanarak halkımızın hizmetine sunulmuştur.



Nitelikli Hasta Yatağı



Son sekiz yılda eklenen yeni nitelikli hasta yatağı sayısı 35 bini aşmıştır. 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 projelerdir. Bu dönemde nitelikli hasta yatağı oranı %30'a yükselmiştir.

Tablo 26: Kamu-Özel Ortaklığı ile yapımı planlanan ihale süreci başlamış olan projeler

	Sağlık Bölgesinin Adı	Entegre Sağlık Kampüsü
1	Kayseri/Merkez	548 Yataklı Bölge Hastanesi 300 Yataklı Kadın Doğum 200 Yataklı Onkoloji
2	Ankara/Etilik	504 Yataklı Bölge Hastanesi 344 Yataklı Kadın Doğum 496 Yataklı Çocuk 328 Yataklı KVC 328 Yataklı Onkoloji 456 Yataklı Ortopedi
3	Ankara/Bilkent	504 Yataklı Bölge Hastanesi 344 Yataklı Kadın Doğum 496 Yataklı Çocuk 328 Yataklı KVC 328 Yataklı Onkoloji 456 Yataklı Ortopedi
4	Elazığ	400 Yataklı Genel Hastane 250 Yataklı Kadın Doğum Çocuk Hastanesi
5	Manisa	400 Yataklı Genel Hastane
6	Yozgat	400 Yataklı Genel Hastane
7	Konya	400 Yataklı Genel Hastane 400 Yataklı Kadın Doğum Çocuk Hastanesi
Toplam		8.210 Yatak

B

PERFORMANS BİLGİLERİ

D.2. Kamulaştırma İşlemleri

Kamulaştırma işlemleri 2942 sayılı Kamulaştırma Kanununu çerçevesinde yapılmaktadır.

Bakanlığımız 2010 yılında toplam 23 il veya ilçede arsa değerlendirme çalışması yapmış, bunlardan Bakanlığımıza tahsisli, Hazine mülkiyetinde olan veya ilgili Belediyesi, maliki tarafından Bakanlığımıza tahsis edilen/devredilen toplam 623.092 m² yüzölçümlü arsanın tahsisleri yapılmıştır. Bu yatırımların toplam tutarı 165.702.964 TL'dir.

2010 yılında İnşaatı Tamamlanan Hastane Örneği

D.3. Arsa ve Arazi Çalışmaları

Bakanlığımız Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde Kamu Özel Ortaklığı modeli ile yapılması planlanan, ülke scaleında belirlenmiş bölge merkezlerinde entegre sağlık kampüsleri ve yine Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından belirlenen yerleşkelerde sağlık tesisleri için arsa ve arazi temini çalışmaları yapılmıştır.

Trabzon 400 yataklı Devlet Hastanesi



E. Sağlık Yönetiminin Geliştirilmesi

E.1. Sağlık Kurumlarında Şeffaf Yönetim ve Bürokrasinin Azaltılması Çalışmaları

Kamu sağlığı, kamu güvenliği, kamu düzeni ve diğer devlet politikalarının uygulanabilmesi ancak yasal düzenlemeler ile mümkün olabilmektedir. Ancak düzenlemeler gittikçe daha geniş alanları kapsamakta, karmaşık hâle gelmekte ve sonuçta uygulama maliyetleri yükselmektedir.

Bürokrasinin azaltılması ve idari basitleştirme çalışmaları, bu sürece müdahale eden, idari işlemlerin akışını hızlandıran, vatandaşların ve iş çevreleriyle kamu kesiminin düzenlemelere uyum yükünü azaltan ve aynı zamanda düzenlemelerin asıl amaçlarını koruyan bir reform sürecidir.

Yapmış olduğumuz düzenlemeler ile etkin, verimli, hesap verilebilir, vatandaş beyanına güvenen, şeffaf bir kamu yönetimi oluşturularak, kamu hizmetlerinin hızlı, kaliteli, basitleştirilmiş ve düşük maliyetli bir şekilde yerine getirilmesi amaçlanmıştır.

Birimlerimizin kamu hizmet envanterlerini elektronik ortamda izlemek ve değerlendirebilmek için “Kamu Hizmet Envanteri Veri Giriş Programı” kullanıma

açılmıştır. Bakanlık merkez, il sağlık müdürlükleri, toplum sağlığı merkezleri ve sağlık grup başkanlıklarının iç iş ve işlemleri ile vatandaşla yönelik olarak yürüttüğü tüm hizmetlere ilişkin bilgiler bu programda toplanmıştır.

Bütün il müdürlüklerimiz, sağlık grup başkanlıkları/toplum sağlığı merkezlerimiz ile hastane ve ağız diş sağlığı merkezlerimiz; özellikle doğrudan vatandaşla hizmet sunanlara sundukları hizmetlerin standardını belirlemeleri istenmiştir. Bütün kamu kurum ve kuruluşlarında uygulanmak üzere bütün merkez ve taşra birimlerine sundukları hizmetlerin envanteri çıkarılmıştır. Bu çerçevede; hangi hizmeti, hangi bilgi ve belgeleri isteyerek, hangi süre içerisinde sunacaklarına dair tablolar hazırlanmış ve bu tablolar hizmet binalarının kapıları ile internet sayfalarında yayınlattırılmıştır. Bu tablolarda taahhüt edilen hizmetlerin belirtilen durum ve şartlarda sunulmaması/sunulamaması halinde hizmet talep edenlerin hangi mercilere müracaat edeceklerine dair iletişim bilgilerine de ulaşılmaktadır.

Söz konusu bu tablolar düzenlenirken aşağıda yer alan hususları göz önünde bulundurarak hazırlanmıştır.



Tablo 27: Basitleştirilmiş, Etkin Bir Kamu Hizmeti Sunulması İçin Yapılan Çalışmalar

BİLGİ, BELGE İSTENMESİ	» 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!
YAZIŞMALAR	» 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 tamamla! » Gelen evrakta alındı fişi düzenle! » Gelen evrakla ilgili talebi hizmet standartlarında ön görülen sürede sonuçlandır, olumlu ya da olumsuz sonucu talep sahibine bildir! » Sonucun olumsuz olması durumunda gerekçesini ve sonraki müracaat mercilerinin iletişim bilgilerini de bildir!
YETKİ DEVİRİ	» Hizmeti hizmet talep edene en yakın noktada sun! » Tek kapıda hizmet imkanlarını geliştir! » Merkez birimlerinde yukarıdan aşağıya yetki devret! » Merkez birimlerinden taşraya yetki devret! » Taşrada daha alt kademelere yetki devret!
ÖZÜRLÜLERİN HİZMETE ERİŞİMİ	» Hizmet binalarına tekerlekli sandalye rampaları yap! » Mümkün olan binalara asansör yap! » Özürllüler için mümkünse farklı hizmet bankosu, ya da özürllü refakatçi görevlisi bulundur! » Özür durumuna uygun yönlendirme işaretleri bulundur! » Özürllü tuvaleti ve banyosu dizayn et! » Özürllü araç park yeri ayarla! » Asansör yapılamayacak olup üst katlarda hizmet veren birimlerden hizmet alacak özürllüler için bina girişlerine çağrı butonu koy ve bu tür talepleri karşılayacak personel bulundur!
HİZMET STANDARTLARI	» 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 kurumsan internet sayfalarında ilan et!

Ayrıca kurumlarımızda çalışmaların uygun ve etkin olarak yerine getirilip getirilmediğinin takibi yapılmaktadır.

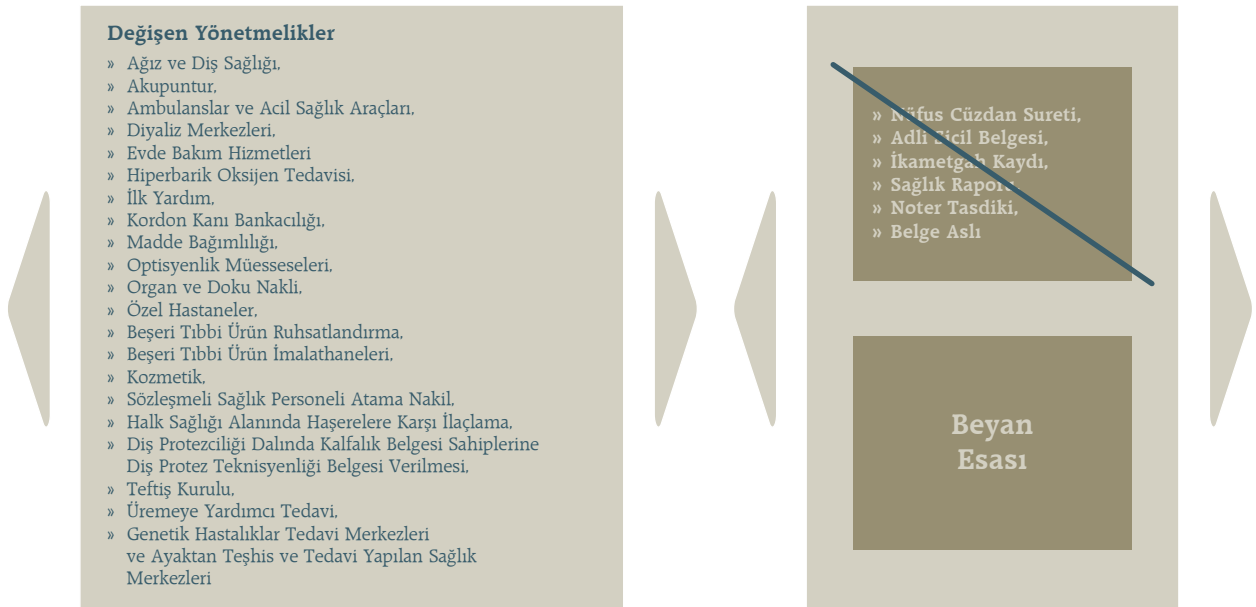
Aile hekimleri de bu sürece dahil edilmiş olup aile hekimliği uygulamasının başlama tarihine göre aile hekimlerinin de kademeli olarak 2011 yılı içerisinde

bu konudaki çalışmalarını tamamlamaları istenmiştir. Bu çalışmalar kapsamında aşağıdaki yönetmeliklerde yapılan değişiklikler gibi önemli kolaylıklar sağlanmış ve yıllık tekrar sayıları binlerle ifade edilebilecek hizmet sunumunda bürokrasinin azaltılması ve idari basitleştirme gerçekleştirilmiştir.

Şekil 16: Basitleştirilmiş, Etkin Bir Kamu Hizmeti İçin Ruhsatlandırmada Yetki Devri



Şekil 17: Basitleştirilmiş, Etkin Bir Kamu Hizmeti İçin Mevzuat Değişiklikleri





E.2. Optimum Stok Yönetimi

Stok yönetiminde, vatandaşlarımızın sağlık işletmelerince ihtiyaçlarını karşılayarak memnuniyeti en üst düzeyde tutmak amacıyla kaliteli ürün temini, düşük stok düzeyi ve düşük maliyeti temel alan uygulamalar başlatılmıştır. Stok yönetimi kapsamında başlattığımız yeni uygulamalar aşağıda gösterilmiştir

E.2.1. Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemi Uygulamaları (MKYS).

MKYS, Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatında yer alan birimlerin sahip oldukları kaynakların (ilaç,

tıbbi cihaz, tıbbi sarf malzemeleri ve demirbaş) verimli kullanımını ve güncel olarak takibini sağlamak üzere geliştirilen merkezi web tabanlı bir yönetim bilgi sistemidir.

MKYS içerisinde kaynak kullanımı ve takibine yönelik birçok modül yapı bulunmakta olup, geliştirdiğimiz model ile Envanter Bilgi Sistemi, Malzeme Girişi, Ambar (Depo) Bilgi Sistemi, Dayanıklı Taşınır Bilgi Sistemi, Ulaşım Araçları Bilgi Sistemi, Tıbbi Cihaz Bilgi Sistemi, Firma Bilgileri ve Sağlık Ocakları Malzeme İşlemleri gibi birçok modül yapıyı içeren kombine bir kaynak yönetim sistemi oluşturulmuştur.

Şekil 18: Malzeme Giriş Formu Ekranı

MALZEME GİRİŞLERİ

STRATEJİ GELİŞTİRME BAŞKANLIĞI

Çalışma Yılı: 2011

Bütçe Türü: DÖNER SERMAYE

Tedarik Türü: SATINALMA

Alım Yöntemi: Çerçeve Anlaşma (Münferit Se)

Fig No/Tar: 1 20/01/2011

Muayene No/Tar: 1 01/01/2011

Dayanak No/Tar: 1 01/01/2011

İhale No/Tar: 12345 01/01/2011

Firma: OS ECZANE AMBARI

Depo: MEHMET ÇINAR

Teslim Eden: REDVAN GÖRÜK

Teslim Alan: AÇIKLAMA

Değer Artırma: ☐

İlaç ☒ Tıbbi Sarf ☐ Tıbbi Cihaz ☐ Diğer ☐

Barkod/Ürün Kod	Tespit Kodu	Malzeme Tanımı	Orij. Belgesindeki Malzeme Adı	Miktar	Birimi	DEVR (%)	Birim Fiyat	Tutar	İndirim KDV Oranı (%)	Toplam Tutar
0699532270825	M0-03-01	İLAÇLAR VE FARMAKOLO.	ROVALON 2 ML 10 AMPUL	100	AMPULE	0	23	24,38	8	26,33
0699556691736	M0-03-01	İLAÇLAR VE FARMAKOLO.	DUODIN IV 1 GR 1 FLAKON	200	FLAKON	0	1,55	310,00	8	334,80
0699560010745	M0-03-01	İLAÇLAR VE FARMAKOLO.	ZOTONIK NACL PVC 1000 ML	300	ADET	0	2,85	855,00	8	923,40
			PAROL 500 MG 30 TABLET	400	ADET	0	,42	168,00	8	181,44

Son Kullanış Tarihi: 4 1000 2438 1.357,38 1.465,97

Hareketleri Göster Depo Kayıtlarını Oluştur Toplamları Göster

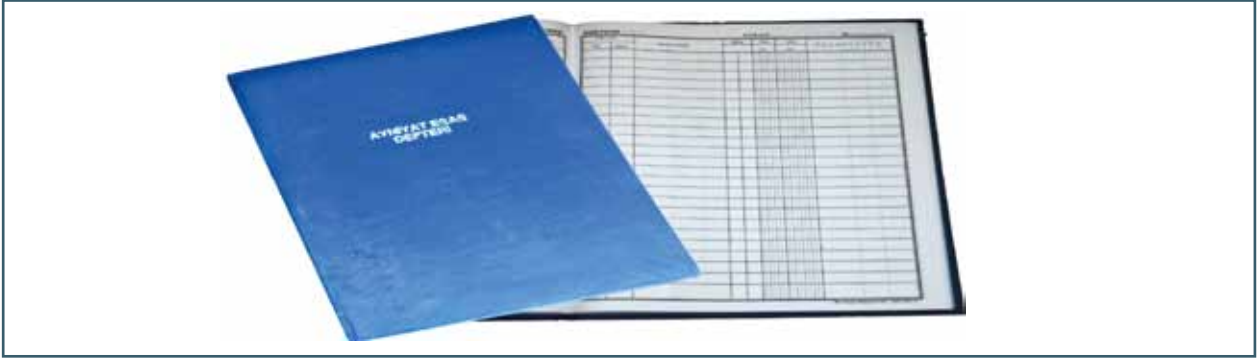
Kısayollar:...

Tedarik türü satınalma ise ihale kayıt numarası ve ihale tarihi girme zorunluluğu getirilmiştir. İhale numarasını girerken yıl ibaresi olmaksızın kık numarası girilmelidir. Örneğin 2010/123 ise sadece 123 olarak girilmelidir. Tarih alanına ise ihalenin yapıldığı tarih girilmelidir.

2008 yılından itibaren uygulanmakta olan bu sistem ile mali mevzuat gereğince hazırlanması gereken birçok defter, belge ve cetveller elektronik ortamda hazırlanır hale getirilmiştir. Ayrıca birimlerimizce yapılacak iş ve işlemlerdeki hesap verilebilirliğe ilişkin kayıt ve raporlamalar sistem tarafından otomatik olarak gerçekleştirilerek, olası hata ve riskler

en düşük seviyeye çekilmiştir.

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 hesaplama tabi tutulması gerekmekteydi.

MKYS uygulamasından sonra tüm bu kayıtlar elektronik ortamda tutularak, mali mevzuat gereğince hazırlanması gereken birçok defter, belge ve cetveller kullanımdan kaldırılıp, hesap verilebilirliğe ilişkin kayıtlar ve raporlamalar sistem tarafından otomatik olarak hazırlanmaya başlatılmıştır.

Hali hazırda MKYS uygulamalarıyla herhangi bir kurumun ilaç veya tıbbi sarf stoku, akaryakıt tüketimi,

kırtasiye kalemleri, yedek parça mevcudu ile kimden, neyi, ne zaman, ne kadar miktarda ve hangi yöntemle satın alma yaptığı detay ve konsolide edilmiş raporlar ile web üzerinden anlık takip edilmektedir.

E.2.2. 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 gerçekleştirilen uygulamalara bağlı olarak kurumlarımızın hizmet kapasitesi ve personel istihdamı artmış, buna paralel sağlığa erişim de yaygınlaştırılmıştır. Ayrıca hasta memnuniyeti açısından ilaç ve tıbbi sarf gereksinimlerinin tamamının sağlık tesislerinde karşılanması kararlaştırılmış olup tüm bu gelişmelere bağlı olarak kurumlarımızın ilaç ve tıbbi sarf stokları son yıllarda önemli ölçüde artış göstermiştir.



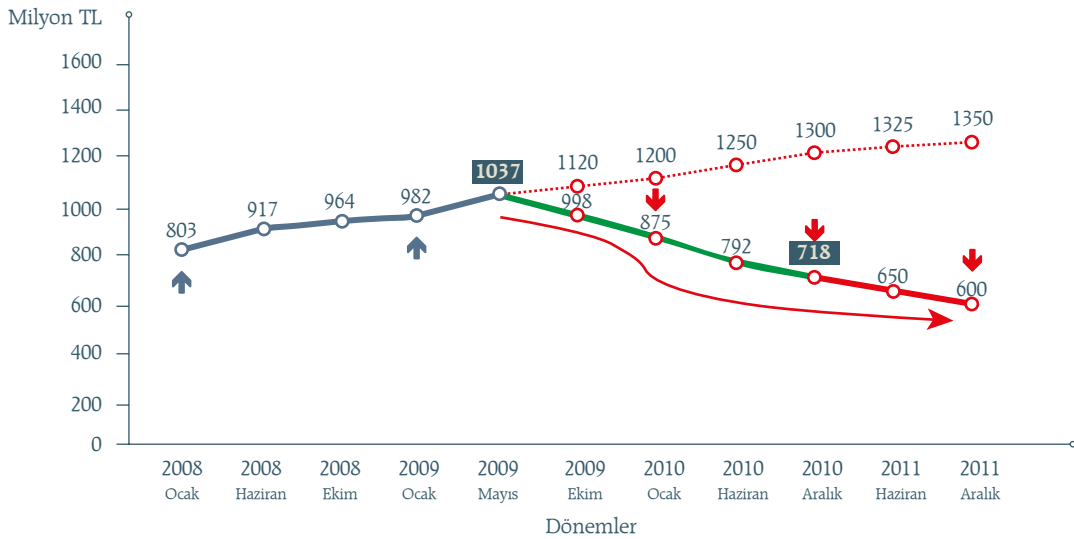
Bu doğrultuda Bakanlık olarak sürdürülebilir finansal yapının sağlanabilmesi amacıyla stok yönetimi alanında bir kısım düzenlemeler yapılmıştır. Tedarik ve stok maliyetleri ile miad ve bozulma gibi riskleri asgari düzeye indirmek amacıyla kurumlarımızda ilaç ve tıbbi sarf malzeme tedarikinde “Azami Stok Miktarı Uygulaması” başlatılmıştır.

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 kısaltılması sağlanmıştır.

Grafik 21’de görüldüğü üzere; “Azami Stok Miktarı Uygulaması”ndan önce stok düzeyleri yıllık ortalama % 20’nin üzerinde artış göstermekte iken, 15 Mayıs 2009 tarihinde başlatılan uygulama ile stok artışları önlenip, 1 Milyarın üzerinde olan Türkiye geneli stok düzeyi 2010 yıl sonunda 718 Milyon TL seviyesine kadar düşürülmüştür.

Grafik 21: Azami Stok Miktarı Uygulaması ve Stok Düzeylerinin Değişim Seyri, 2008-2010



- Azami Stok Miktarı uygulamasından önce stoklar yıllık ortalama %20 artmaktaydı.
 - 15 Mayıs 2009’da başlatılan uygulama ile stok düzeyi %31 oranında azalmıştır.
- Stok seviyesi 2009 yılında 107 milyon TL, 2010’da 157 milyon TL azaltıldı.

Sağlık hizmetlerinde kaynakların etkin ve verimli kullanılmasının sağlanması amacıyla bir kısım kalemlerde azami stok miktarının 3 aydan 2 aya düşürülmesi hedeflenmiştir.

2008 yılsonunda 982 milyon TL düzeyine ulaşip, 15 Mayıs 2009 tarihinde 1 Milyar TL’nin üzerine çıkan toplam stok düzeyi; 2009 yılı sonunda %11 oranında azaltarak 875 milyon TL seviyesine, 2010 yılında ise %18 oranında azaltarak 718 Milyon TL seviyesine

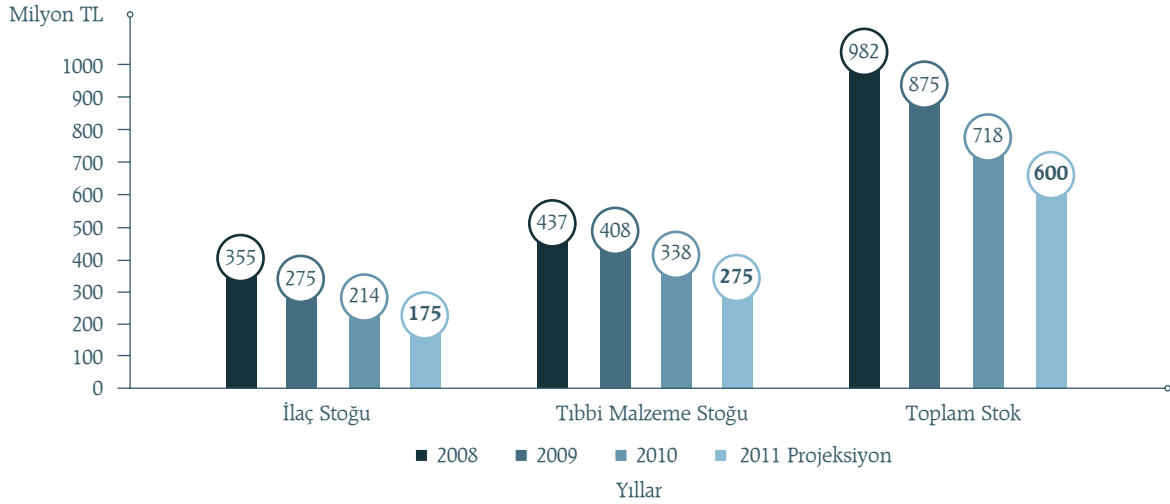
düşürülmüştür.

E.2.3. İhale Öncesi MKYS Sorgulamalarının Zorunluluğu ve İl Stok Havuzu

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

02 PERFORMANS BİLGİLERİ

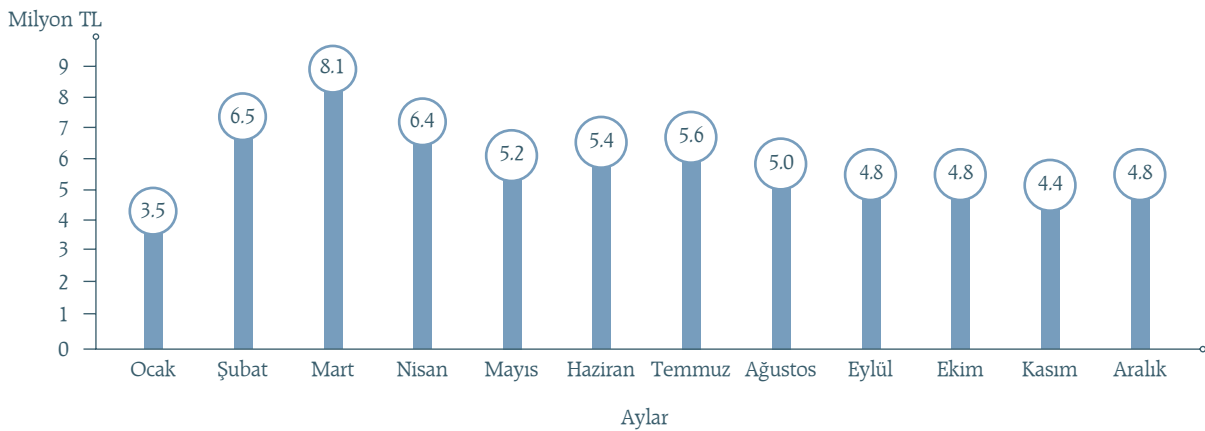
Grafik 22: Sağlık Kurumlarına Bağlı Kurumların Stok Düzeyleri, 2008-2010



Kurum stoklarında üç aylık ihtiyacın üzerinde bulunan tıbbi malzeme veya ilaçlar ile çeşitli nedenlerden dolayı hiç kullanılmayacak veya miad, 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” geliştirilmiştir.

Kurumların ihtiyaç duydukları ürünleri piyasadan temin yerine, öncelikli olarak stok fazlası veya ihtiyaç fazlası modülde bulunan malzemelerden tedarik etmesi amacıyla ihale öncesinde MKYS modüllerinin sorgulanmasını zorunlu hale getirilmiştir.

Grafik 23: 2010 Yılı stok Fazlası Devir Tutarları, 2010



2010 yılında toplam 64.5 milyon TL tutarında stok fazlası malzeme devri gerçekleştirilmiştir.



Bu uygulama kapsamında 2009 yılında 128 milyon TL, 2010 yılında ise 64,5 milyon TL tutarında stok fazlası malzeme devri gerçekleştirilmiştir.

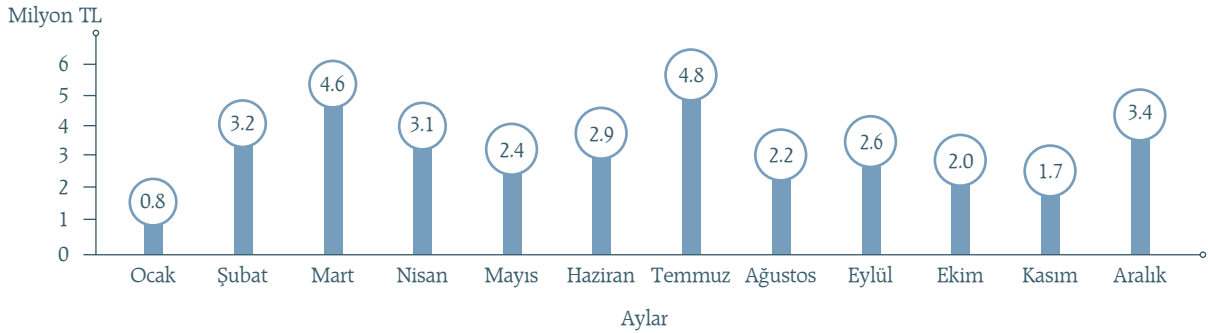
MKYS'de stok kaydı bulunan ilaç ve tıbbi sarfların tüketim bilgilerine göre yıllık ihtiyaç miktarının belirlenmesi gerekmekte olup azami stok miktarı uygulamasına göre üç aylık ihtiyacın üzerinde olan ürünler sistem tarafından otomatik olarak stok fazlası modüle aktarılmakta ve diğer hastanelerin bilgisine sunulmaktadır. Örneğin; bir hastanenin yıllık Novalgine ampul ihtiyacı 1.000 adet ise azami stok miktarı uygulamasına göre depoda en fazla 250 adet

bulundurabilecektir. Hastane Novalgine ampulden 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.

Kamu kaynaklarının verimli olarak kullanımını teşvik etmek amacıyla İhtiyaç Fazlası Taşınır Modülü'nde yer alan ürünlerin bedelsiz olarak devri sağlanmıştır.

Grafik 24: 2010 Yılı İhtiyaç Fazlası Devir Tutarları, 2010



Grafik 24'da görüldüğü üzere, 2010 Yılında toplam 33.5 milyon TL tutarında ihtiyaç fazlası malzeme devri gerçekleştirilmiştir.

2009 yılında 88 Milyon TL tutarında, 2010 yılında ise 33.5 Milyon TL tutarında ihtiyaç fazlası malzeme devri gerçekleştirilmiştir.

MKYS sisteminde ihale öncesi sorgulanacak modüllerin bir diğeri "Malzeme Satın Alma Sorgulama Modülü"dür.

Bu modül aracılığı ile "kimin, neyi, kimden, ne zaman ve ne kadar satın aldığı" bilgisi idarelerin kullanımına sunulmakta olup, bu doğrultuda yaklaşık maliyet hesabı ile ihalelerin karara bağlanmasının daha sağlıklı veriler üzerinden gerçekleşmesi sağlanmıştır.

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

E.2.4. Stok Analizleri

Stok ve satın alma analizlerinin temel amacı; hizmet sunumunun gerekli kıldığı ilaç ve tıbbi sarf gereksinimlerinin ekonomik satın alma yöntemleriyle tedarik edilmesinin sağlanmasıdır.

MKYS satın alma modülü üzerinde takip edilen bilgiler ışığında düzenli olarak satın alma ve stok analizleri gerçekleştirilmiştir.

E.2.5. 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” oluşturulmuştur.

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

Halihazırda kurumların stok koordinasyon biriminden izin almadan piyasadan tedarik cihetine gidilmemesi sağlanıp, ihtiyaçların öncelikle il stok havuzundan karşılanması zorunlu kılınmıştır.

E.2.6. İhtiyaç Tespit Komisyonları'nın Kurulması

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

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 çalışmaları sağlanmıştır.

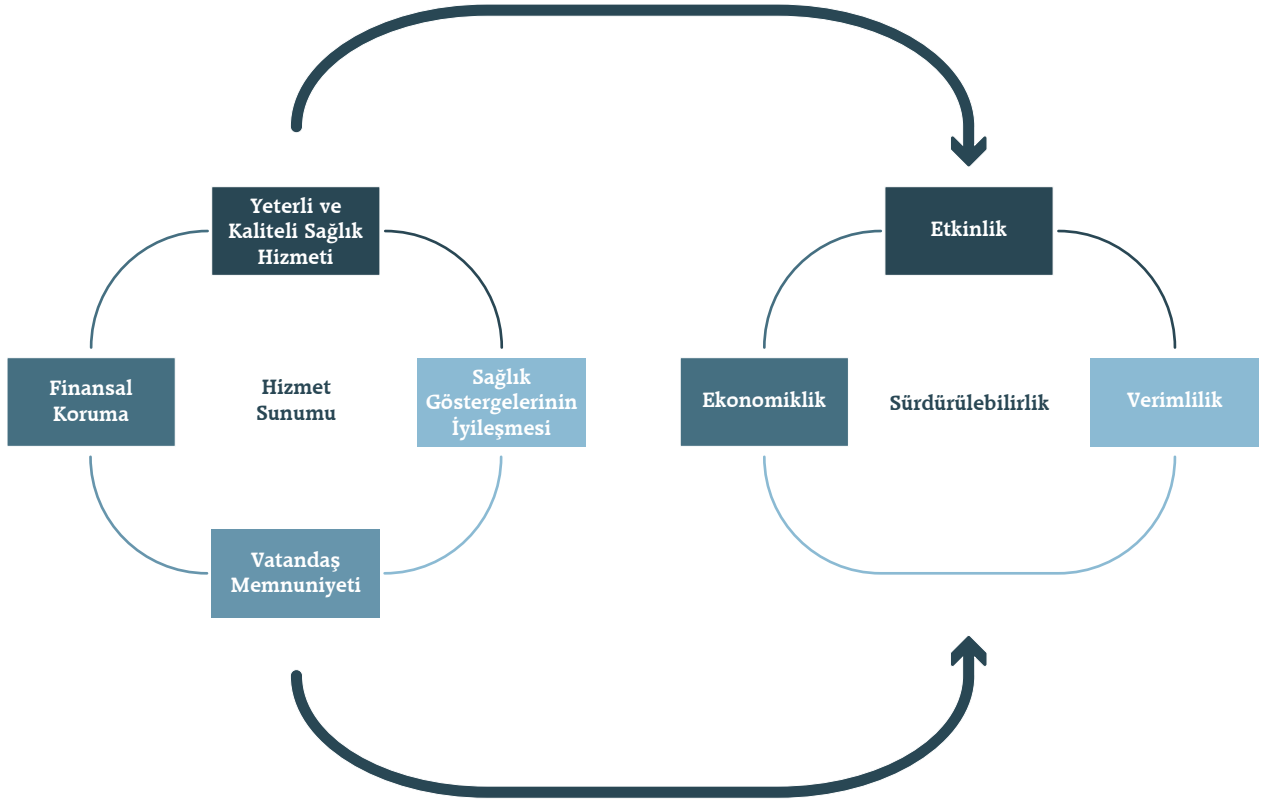
E.3. Risk Yönetimi ve Mali Analiz

E.3.1. 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.



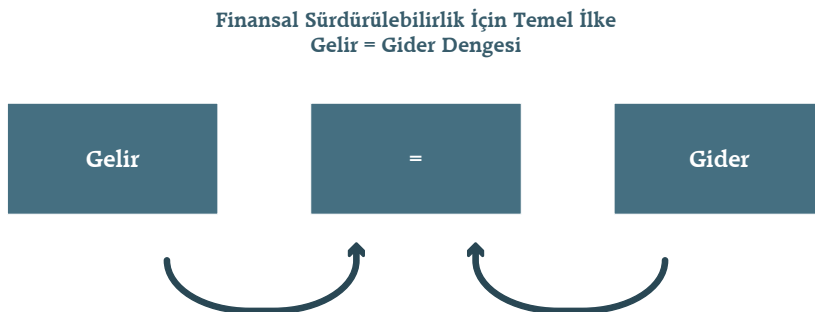
Şekil 19: Sağlık Hizmeti Dengesi



Bu amaç doğrultusunda döner sermayeli işletmelerimizi mali veriler üzerinden değerlendirerek finansal risk analizleri yapılmakta ve işletmelerin

risklilik durumu 5 ayrı derecelendirme ile günlük takip edilmektedir.

Şekil 20: Gelir-Gider Dengesi



02 PERFORMANS BİLGİLERİ

Risk analizi kapsamında her bir işletme; hizmet üretim gelirleri ile borç yükümlülükleri esas alınacak bütçe denklığı ve kaynak yönetimi açısından değerlendirilmektedir. Bu doğrultuda toplam borç yükü, aylık hizmet üretim gelirinin 2 katı ve üzerinde olan işletmeler birinci derece riskli olarak derecelendirilmektedir.

E.3.2. 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 gerçekleştirmeleri incelenip aynı role sahip kurumlarla mukayeseli olarak analize tabi tutulmaktadır.

Yapılan toplantılar sonucunda finansal risklerin ortadan kaldırılıp, mali açıdan sürdürülebilirliğinin sağlanabilmesi için kaynakların daha etkin ve verimli kullanılmasını sağlamak amacıyla her kuruma özel "Mali Analiz Raporları" ile "Finansal Eylem Planları (FEP)" hazırlanmıştır.

Ayrıca analiz raporları ile eylem planlarında yer alan hususların takibi dönemsel gerçekleştirmelerle izlenip, gerektiğinde kurum idaresiyle tekrar istişare toplantıları düzenlenmiştir. Bu kapsamda gerçekleştirdiğimiz mali analiz toplantılarının yıllar itibariyle değişim seyri aşağıda gösterilmiştir.

Tablo 28: Mali Analiz Toplantı Sayıları

Yıllar	2008	2009	2010
Kurum Sayısı	79	95	130



E.3.3. Finansal Standart Geliştirme ve Düzenleme İşlemleri

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.

Bu yöntemler;

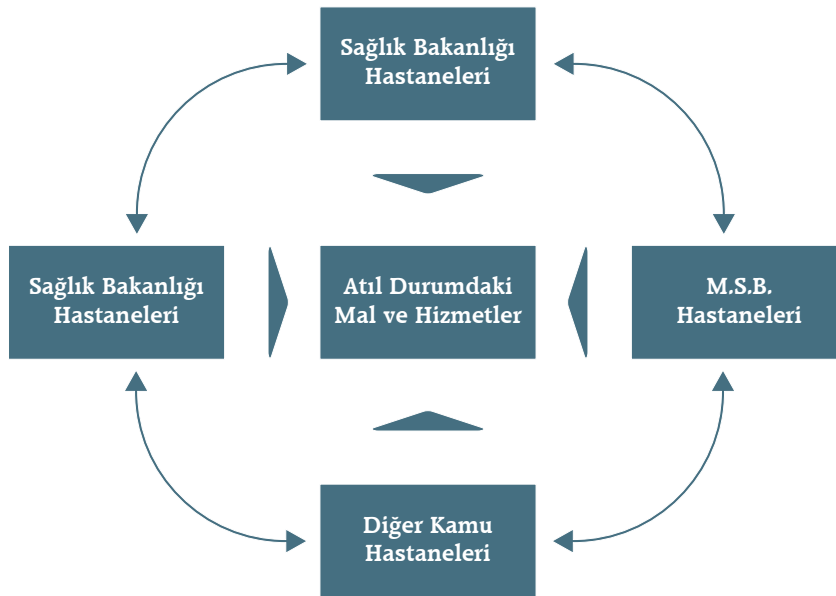
Kamu Hastanelerinin Birbirlerinden Mal ve Hizmet Almalarının Önü Açıldı

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 hizmetlerin ihtiyaç sahibi olan kurumlara verilebilmesi amacıyla gerekli mevzuatlar yapılmıştır.

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

Şekil 21: Kamu Hastanelerinin Birbirlerinden Mal ve Hizmet Alımları



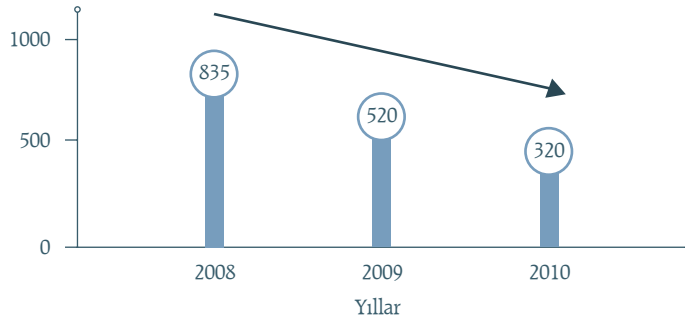
Bu düzenleme ile Bakanlığımıza bağlı hastaneler ile üniversite hastaneleri ve kamuya ait diğer hastanelerin atıl durumdaki kaynakları kullanılır duruma gelmiştir.

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 kuralı

getirilmiştir. Bu düzenlemeyle kurumlarımızın satın alma işlemlerini kolaylaştırarak tedarik ve stok maliyetleri düşürülmüştür.

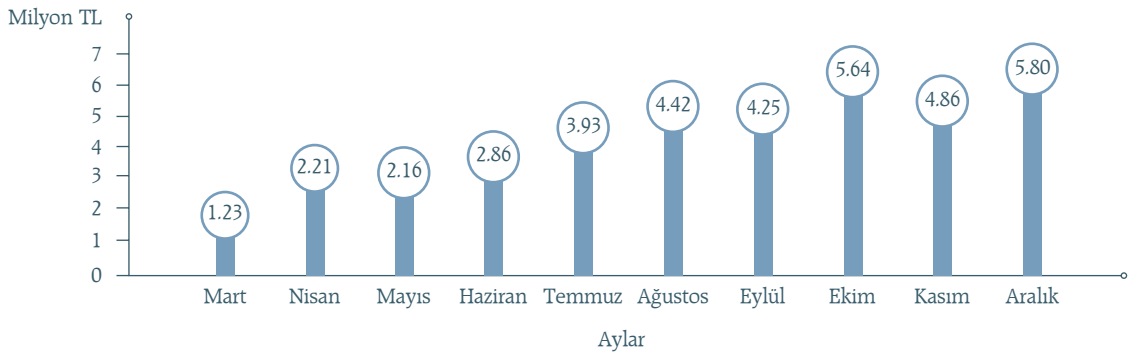
Grafik 25: İlaç ve Tıbbi Malzeme Satın Alan Hastane Sayısı, 2008-2010



Bu düzenlemelerle ilaç ve tıbbi malzeme satın alan hastane sayısı 835'den 320'ye indirilmiştir (Grafik 25). Satın alması bağlanan bu kurumların ihtiyaçları için

2010 yılında 38.5 milyon TL' lik ilaç ve tıbbi malzemenin diğer kurumlarca satın alınması sağlanmıştır.

Grafik 26: Küçük Kurumların Büyük Kurumlardan Aldığı Tıbbi Malzeme ve İlaçların Aylık Tutarları, 2010.



2010 yılında bağlı kurumlar için 38.5 milyon TL'lik ilaç ve tıbbi malzeme satın alınmıştır (Grafik 26).



Çerçeve Anlaşma Yöntemi ile Toplu Satın Almalar

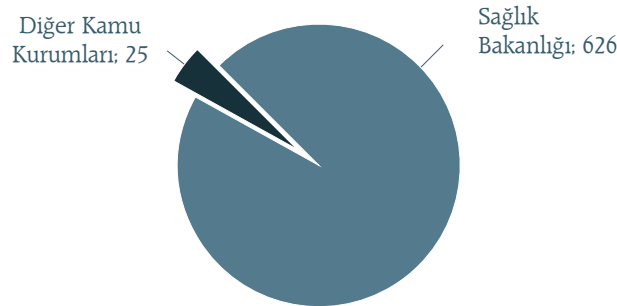
Sağlık hizmeti sunan idarelerin sürekli biçimde ihtiyaç duydukları mal veya hizmet alımlarını, yapılan çerçeve anlaşmalarla karşılanmasını sağlayan yasal düzenlemenin yapılması sağlanmıştır.

Girişimlerimiz neticesinde 2007 yılında kamu ihale mevzuatına giren çerçeve anlaşmalar kamu alımları açısından önemli bir dönüm noktasıdır. 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 belge istenmemektedir. İhtiyaçların çerçeve anlaşmalar yolu ile temin edilmesi yaygın bir şekilde Bakanlığımızda uygulanmaya başlanmıştır.

Grafik 27: 2009-2010 yılı ilana çıkılan çerçeve anlaşma sayıları



2009 ve 2010 yıllarında ülkemizde yapılan çerçeve alımları ihalelerinin %96'sı Bakanlığımız tarafından yapılmıştır (Grafik 27).

2009 yılında Bakanlığımızca yayımlanan genelge ile ilaç ve tıbbi malzeme alımlarının il düzeyinde toplu

olarak yapılacak çerçeve anlaşmalarla karşılanması zorunlu hale getirilerek bu alımların Sağlık Müdürlüklerinde veya il içinde satın alma kapasitesi yeterli bir hastanede oluşturulacak Merkezi Satın Alma Birimleri vasıtasıyla yapılması istenmiştir.

Şekil 22: Çerçeve anlaşma yöntemi



Çerçeve anlaşmaların zorunlu hale 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 yapılmıştır.

Çerçeve Anlaşmalar (Münferit Sözleşmeler) kapsamında yapılan alımlarla 2010 yılında 8 milyon TL'lik tasarruf gerçekleştirilmiştir.

2011 yılında isteklilerin çerçeve anlaşmalara katılımını artırıcı mevzuat düzenlemeleri ile kurumlarımızın uygulamada mevcut mevzuattan kaynaklanan sıkıntıları giderici gerekli mevzuat değişikliklerinin yapılması sağlanarak kurumlarımızın ihtiyaçlarını çerçeve anlaşmalarla temin etme oranlarının artırılması hedeflenmiştir.

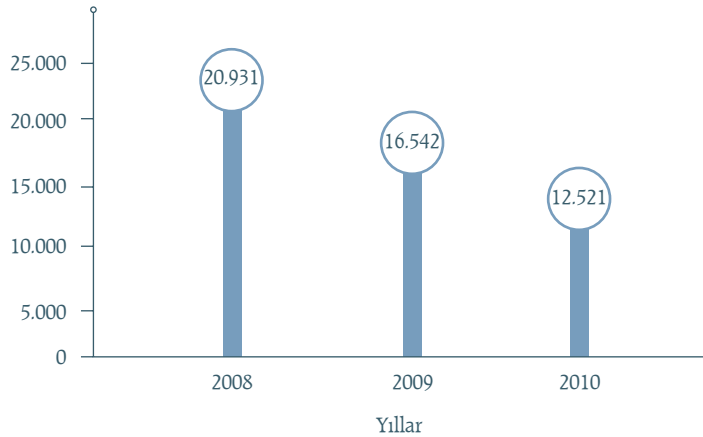
Laboratuvar Hizmet Sunumu İhtiyaçlarının Toplu Satın Almalar İle Karşılanması

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 İl Sağlık Müdürlüklerince toplu alım yoluyla karşılanmasını zorunlu tutulmuştur.

2009 yılı ve 2010 yılında getirilen bu düzenlemelerle;

- » Tedarik ve stok maliyetlerimizi azaltılmıştır.
- » Ortak teknik şartnamelerin oluşturulması sağlanmıştır.
- » Kurumlarımızın satın alma kapasitelerini artırılmıştır.
- » İhalelerde rekabet ortamını artırılmıştır.
- » İhale sayısı azaltılmıştır. (Sadece ilan parasından 15 milyon TL tasarruf sağlanmıştır.)

Grafik 28: Sağlık Bakanlığı İhale Sayıları, 2008-2010



Yapılan yeni düzenlemelerle birlikte ihale sayısı 2010 yılında 2008 yılına göre %21 azalmıştır (Grafik 28).



Ar-Ge ihtiyaçlarının 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 usulleri belirlenmiştir.

Sağlık alanında yaptırılacak araştırma ve geliştirme hizmetleri Sağlık Bakanlığı'nca bu esaslara göre piyasadan pazarlık usulü veya doğrudan temin usulü ile alınabileceği gibi kamu kuruluşlarından ve üniversitelerden protokol ile doğrudan da alınması sağlanmıştır.

Bakanlıkça ihtiyaç duyulan araştırma ve geliştirme faaliyetlerini yürütecek üniversitelere ve diğer kamu kuruluşlarına bu hizmetleri karşılığında, her bir hizmet için 1 milyon TL'ye kadar finansman sağlanarak, ülkemizde eksikliği çok açık olarak hissedilen Ar-Ge faaliyetlerinin geliştirilmesine büyük katkı sağlamıştır.

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 2009 yılının ikinci yarısında uygulamaya konulmuştur.

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

Hizmet alımları kapsamında çalıştırılacak işçi sayısının belirlenen yeni kriterler doğrultusunda hesaplamaların sağlıklı bir şekilde yapılması ve bu hesaplamaların Bakanlık veya il düzeyinde izlenebilmesi amacıyla web tabanlı bir program geliştirilerek kurumlarımızın kullanımına sunulmuştur.

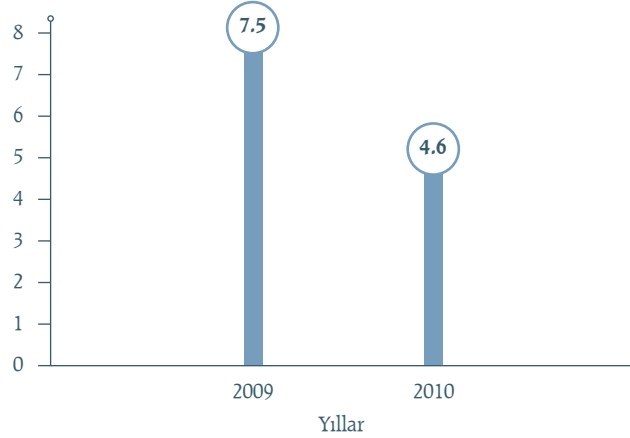
Kurumlarımız web tabanlı tasarlanan ve online çalışan "İşçi Sayısının Tespit ve Takip Sistemi" üzerinden, kendi performansları doğrultusunda ürettiği kriterlere göre altı ayda bir çalıştırılabileceği işçi sayısını belirlemektedir. Bu veriler anında Bakanlık, İl Sağlık Müdürlüğü ve kurumlar tarafından 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 ulaşılabilmektedir.

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 bırakılmıştır.

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

Yapılan bu düzenlemelerden sonra 2009 yılında ortalama %7.5 olarak gerçekleşen kâr oranını 2010 yılında %4.6'ya düşürülmüştür (Grafik 29).

Grafik 29: Sağlık Bakanlığı Kurumları Hizmet Alımları Ortalama Firma Kar Oranları, 2009-2010

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 bırakılmıştır.

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 olmuş, bazı kurumların ise mali yüklerini önemli derecede artırmıştır.

Kurumlarımız arasında uygulama birliğinin sağlanması, çalıştırılan işçilere hizmetin konusuna, öğrenim durumuna ve almış olduğu sertifikalara göre

bir ücret öngörülmesi için gerekli düzenlemeler yapılmıştır.

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 yapılacağına tedarikçiler tarafından bilinmesi ve bu ödemelerin gecikmeksizin yapılması hususudur.

Bakanlığımızca yapılan düzenlemelerle; ihale dokümanlarında mutlaka ödeme zamanının belirtilmesi, kurumun gelir gerçekleştirmeleri ve nakit akışları doğrultusunda ödeme zamanının azami 90 günü geçmemesi, mali durumu iyi olan kurumların erken ödeme zamanı belirlemeleri, muayene ve kabul işlemleri ile tahakkuk süreçlerinin gecikmeye mahal vermeden ödeme evraklarının ilgili saymanlıklara bir an önce intikal ettirilmesi sağlanmıştır.



1.5.4.3.2. Ülkeler / Uluslararası Kuruluşlar İle Yapılan Anlaşmalar

Sağlık Bakanlığı olarak 2010 yılında 9 ülkeyle 21 adet Sağlık Alanında İşbirliği Anlaşması, Mutabakat Zaptı ve Çalışma Protokolü imzalanmıştır. İlgili protokol tarihleri tablo 29'da yer almaktadır.

Tablo 29: Uluslararası Kuruluşlar ve Ülkelerle yapılan antlaşmalar, 2010

Anlaşma Yapılan Ülke Adı	Anlaşma Adı	İmza Tarihi
Lübnan	Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti ile Lübnan Cumhuriyeti Hükümeti Arasında Sağlık Alanında İşbirliğine Dair Anlaşma	11.01.2010
Bosna-Hersek	Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti ile Bosna Hersek Bakanlar Konseyi Arasında Sağlık Alanında İşbirliği Anlaşması	11.05.2010
Meksika	Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Hükümeti ile Birleşik Meksika Devletleri Sağlık Bakanlığı Arasında Sağlık Alanında İşbirliği Anlaşması	18.05.2010
İran İslam Cumhuriyeti	Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı ile İran İslam Cumhuriyeti Sağlık ve Tıbbi Eğitim Bakanlığı Arasında Sağlık ve Tıp Bilimleri Alanlarında İşbirliğine Dair Mutabakat Zaptı	24.06.2010
Makedonya Cumhuriyeti	Sağlık Alanında İşbirliğini Öngören 7 Adet Çalışma Protokolü	05.07.2010
Türkmenistan	Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti ile Türkmenistan Cumhuriyeti Hükümeti Arasında Sağlık ve Tıp Bilimleri Alanında İşbirliğine Dair Anlaşma	11.11.2010
Bangladeş	Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti ile Bangladeş Halk Cumhuriyeti Hükümeti Arasında Sağlık ve Tıp Bilimleri Alanlarında İşbirliğinde Dair Anlaşma	14.11.2010
Pakistan	Sağlık Alanında İşbirliğini Öngören 7 Adet Çalışma Protokolü	07.12.2010
Libya	Türkiye Cumhuriyet Hükümeti ile Libya Arap Halk Sosyalist Büyük Cemahiriyesi Arasında Sağlık Alanında İşbirliğine Dair Mutabakat Zaptı	14.12.2010

Tablo 30: Bakan Düzeyinde Katılım Sağlanan Uluslararası Toplantılar, 2010

Uluslararası Toplantı Adı	Toplantı Tarihi
Dünya Sağlık Örgütü 63. Genel Kurul Toplantısı	17-22 Mayıs 2010
OECD Sağlık Bakanları Toplantısı	7-8 Ekim 2010
OECD Sağlık Bakım Kalitesi Forum	7-8 Ekim 2010

2010 yılında Sayın Bakanımız Prof. Dr. Recep AKDAĞ, 3 uluslararası toplantıya katılmıştır (Tablo 30).



IV. KURUMSAL KABİLİYET ve KAPASİTENİN DEĞERLENDİRİLMESİ



01

ÜSTÜNLÜKLER



- » Sağlıkta Dönüşüm Programının başarılı bir sağlık politikası olarak devam etmesi,
- » Çalışanlara yönelik performansa dayalı ek ödeme uygulaması,
- » Nitelikli, uzman, etik değerleri benimsemiş, dinamik ve özverili çalışanlara sahip olması,
- » Sosyal Güvenlik Reformunun yapılmış olması,
- » Kamuoyundaki olumlu imaj, idareye güven ve desteğin var olması,
- » Köklü bir kurum kültürünün var olması ve kurumsallaşmış bir yapının olması
- » Genel bütçe kaynakları yanında doğrudan sağlık hizmetlerinde kullanılan döner sermaye kaynaklarının bulunması,
- » Sağlık mevzuatının oluşturulması, uygulanması ve yönlendirilmesinde belirleyici olması,
- » Karar alma ve icra yetkisine sahip olması,
- » Merkezdeki bazı yetkilerin taşraya devredilmiş olması,
- » Bakanlık personelinin eğitim, kurs, kongre, vb. etkinliklere katılımının teşvik edilmesi,
- » Avrupa Birliği kaynaklarıyla proje hazırlanma imkânının bulunması ve uluslararası işbirliği ile iyi uygulamaların takip edilmesi,
- » Yeniden yapılanma, stratejik planlama, kalite ve performans yönetimi konularındaki isteklilik,
- » Sağlık hizmetlerinde teknolojik donanım seviyesinin yükseltilmesi,
- » Bilgi iletişim alt yapısının güçlenmesi ve teknolojik yeniliklere ulaşma kolaylığının sağlanması,
- » Yaygın hizmet ağı ve afetlere karşı süratli reaksiyon gösterme becerisi,
- » Ülke dışı sağlık hizmetlerinde yapılan başarılı hizmetler ve sağlık alanında gelişen dış ilişkilerdir.

02

ZAYIFLIKLAR



- » Teşkilat kanununun eski oluşu ve mevcut ihtiyaçlara yeterince cevap verememesi,
- » Yetersiz mevzuatın varlığı,
- » Taşra çalışanlarının karar alma süreçlerine etkisinin yetersiz kalması,
- » Nüfus hareketleri ve kentleşmede yaşanan hızlı değişimler,
- » Merkez teşkilatı birimlerinin dağınık yerleşimi ile hizmet binalarının nitelik ve kapasitesi yönünden yetersizliği,
- » Bakanlık merkez teşkilatının iş yükünün fazla olması,
- » Personel arasındaki yüksek lisans, doktora, vb. eğitimlerini tamamlayanlardan yeterince faydalanılmaması,
- » Yabancı dil eğitimi almış personel sayısının yetersizliği,
- » Personelin iş ve işlemlerinde bürokratik hantallık ve teknolojik yeniliklerin kullanımında uyum sorunu olması,

03

FIRSATLAR



- » Toplumda sağlık bilincinin yükselmesi neticesinde sağlık hizmetlerinin doğru kullanımının artması,
- » Artan milli gelir ile sağlık hizmetlerine ayrılacak kaynakların da artması,
- » Türkiye'nin Hedef 21 Politikası (DSÖ 21.Yüzyılda 21 Hedef) 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,
- » 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,
- » Bürokrasi ve kırtasiyeciliğin giderek azaltılması,
- » Ekonomik ve siyasi istikrardır.

04 TEHDİTLER



» Mevcut olan hastalıklardaki beklenmeyen değişimler ile yeni tanımlanan veya öngörülemeyen hastalıkların risklerinin sağlık hizmet sunumunu olumsuz yönde etkilemesi,
» Doğuşta beklenen yaşam süresinin uzaması ve yaşlı nüfus oranının artması, sonucunda sağlık hizmet yükünün artması,

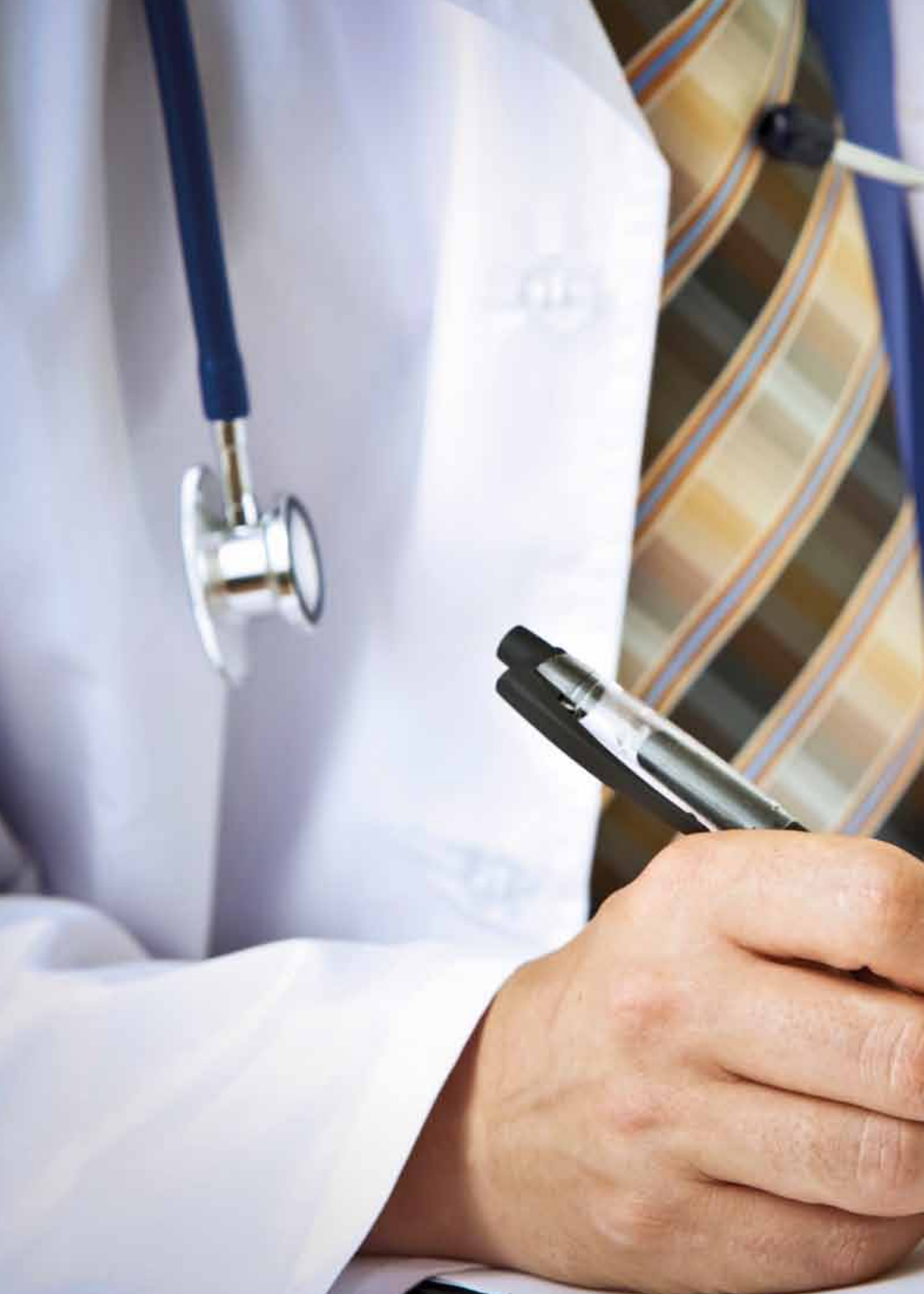
» Nüfus hareketliliğinin artması ile salgın hastalıkların hızlı yayılabilmesi,
» Küreselleşme ve küresel ısınmaya bağlı sağlık sorunlarının artması,
» Sağlık sektörünün istismara ve popülist politikalara açık olması,
» Küresel ve/veya bölgesel ekonomik krizler,

05 DEĞERLENDİRME



» Dünya Sağlık Örgütü'ne göre bir ülkenin sağlık sistemi, herkese gerekli olan sağlık hizmetinin yüksek kalitede verilmesini sağlayacak şekilde tasarlanmalıdır. Bu hizmet etkili, karşılanabilir maliyette ve toplumca kabul gören tarzda olmalıdır. Her ülkenin bu faktörleri göz önünde tutarak kendi özgün sağlık sistemlerini geliştirmesi önerilmektedir.
» Sunulan sağlık hizmetlerinin günün şartlarına göre sürekli gözden geçirilmesi ve iyileştirici öneriler getirilmesi gözetilen temel alanlardan biridir. Başta koruyucu sağlık ve ana-çocuk sağlığı hizmetleri olmak üzere birinci basamak sağlık hizmetleri güçlendirilmiş, çağdaş sağlık anlayışının temel unsurları arasında yer alan aile hekimliği uygulaması başlatılmış ve tüm ülkeye yaygınlaştırılmıştır.
» Bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı olarak sağlığın bozulmasını ve erken ölümleri önlemek için kapsamlı programlar hayata geçirilmiştir. Bu kapsamda kalp-damar hastalıkları, kanser, diyabet, kronik solunum yolları hastalıkları, felç, böbrek yetmezliği başta olmak üzere, belirli hastalıklar için ulusal programlar planlanarak uygulamaya konulmuştur.

» Bina, ekipman ve sağlık personelinin eksik olduğu bölgeler öncelikli kabul edilerek, bu konudaki dengesizlikler büyük ölçüde ortadan kaldırılmıştır.
» Etkili bir kamu yönetiminin temelinde, uzun vadeli stratejik bakış açısına/yetenğine sahip olmak yatmaktadır. Sağlık Bakanlığı olarak üstlendiğimiz görev ve yükümlülüklerin beklendiği şekilde ifa edilebilmesine bir çerçeve kazandırılabilmesi amacıyla Sağlık Bakanlığı 2010-2014 Stratejik Planı hazırlanmış ve uygulamaya konulmuştur.
» Bu kapsamda Sağlık Bakanlığı olarak ulusal ve uluslararası stratejilerin belirlenmesi ve politikaların uygulanması süreçlerinde kurumsal etkinlik artırılmaya devam edilecektir.
» Bugün sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı %73,1'e ulaşmıştır. Kaliteli ve güvenilir sağlık hizmet sunumundan memnuniyet Bakanlığımızın önceliği olmaya devam edecektir.
» Yapılanların son derece yaygın ve etkili olması, sağlık hizmeti talep eden halkımızda, güven ve beklentileri üst seviyelere çıkarmıştır. Bu beklentileri karşılayacak şekilde, başlatılan hizmetlerin tamamlanması ve yeni atılımların yapılmasına devam edilecektir.



V. ÖNERİ ve TEDBİRLER





Sağlık Bakanlığı'nda;

- Sağlık hizmet kalitesini artırmaya devam ederek vatandaşlarımıza daha etkili, verimli, süratli ve kaliteli sağlık hizmeti sunulması,
- Sağlık, sosyal ya da ekonomik şartları nedeniyle özel ihtiyacı olan kişilere, özellikle özürhüleri ihtiyacı duyduğu sağlık hizmetine daha kolay ulaşabilmesi, evde bakım hizmeti ihtiyacı duyanlara sağlık hizmeti verilmeye devam edilmesi,
- Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Programı kapsamında tütün ve alkol kullanımı, aşırı kilo, yüksek kan basıncı ve yüksek kolesterol ile kararlılıkla mücadelelenin sürdürülmesi,
- Akılcı ilaç kullanımı politika çerçevesinde sağlık hizmetlerinin nitelikli ve ekonomik olarak sunulması,
- Sağlık alanında yaptırılacak araştırma ve geliştirme faaliyetlerinin geliştirilmesine katkı sağlanması,
- Hastanelerin ve diğer sağlık kurum ve kuruluşlarının daha iyi hizmet verebilmesi için finansal sürdürülebilirliğinin devam etmesi,
- Mevcut kaynakların ve gelirlerin doğru yönetilmesi için mevzuat yönünde düzenlemelere devam edilmesi,

- Mevcut sistemlerin entegrasyonunu sağlayan, çok boyutlu, esnek, modüler altyapı ve güvenilir bilgi sistemlerinin geliştirilmeye devam edilmesi,
- İç Kontrol Sistemi kapsamında organizasyon yapısını oluşturan temel fonksiyonlar, yetki ve sorumluluk dağılımı, hesap verme sorumluluğu, raporlamaya elverişli sağlıklı veriler üretilmesi,
- Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılarak düzenleme, planlama, denetleme rolünün güçlendirilmesi,
- Ülke geneline tedavi çeşitliliğinin yaygınlaştırılmaya devam edilerek bölgesel gelişimin tamamlanması ve sağlık hizmet kalitesinin artırılması faaliyetleri sürdürülecektir.

Yapılan bu çalışmalar 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 olmaya devam edecektir.

EK-1: ÜST YÖNETİCİ İÇ KONTROL GÜVENCE BEYANI

İç Kontrol Güvence Beyanı

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
29/04/2011


İmza
Prof. Dr. Nihat TOSUN
Müsteşar

EK-2: MALİ HİZMETLER BİRİM YÖNETİCİSİ BEYANI

Mali Hizmetler Birim Yöneticisi Beyanı

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 2010 yılı Faaliyet Raporunun "III/A- Mali Bilgiler" bölümünde yer alan bilgilerin güvenilir, tam ve doğru olduğunu teyit ederim.

Ankara
29/04/2011



İmza
Memet ATASEVER
Strateji Geliştirme Başkanı





FSC

Karma Kaynaklar

Bu ürün, denetlenen ormanlar,
kontrollü kaynaklar ile geri dönüşümlü
odun ve fiber kullanarak yapılmıştır.

Tasarım: Cosmic Creative / Baskı: Acar Basım ve Cilt San. Tic. A.Ş.



www.saglik.gov.tr

2010 MALİ YILI İDARE FAALİYET RAPORU