

2.2.8. Palyatif Bakım Hizmetleri Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge

 T.C. Sağlık Bakanlığı	T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü	SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ - SAĞLIK HİZMET STANDARTLARI DAİRE BAŞKANLIĞI 07/07/2015 11:11 / 81595070 / 010.04 / 253  00011746124
Sayı : 15722819/840- Konu: Yönergenin Yürürlüğe Konulması		
BAKANLIK MAKAMINA		
Ekte sunulan, Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Yönerge'nin onaylanarak yürürlüğe konulmasını, takdir ve tensiplerinize arz ederim.		
		 Prof. Dr. Doğan ÜNAL Genel Müdür V.
Ek:Yönerge ve Ekleri (8 sayfa)		
 Uygun görüşle arz ederim./...../2015 Prof. Dr. İrfan ŞENCAN Müsteşar Yardımcısı		
Uygun görüşle arz ederim./...../2015 Prof. Dr. Eyüp GÜMÜŞ Müsteşar		
		 OLUR/..../2015 Dr. Mehmet MÜEZZİNOĞLU Bakan

Sağlık Bakanlığından;

PALYATİF BAKIM HİZMETLERİNİN UYGULAMA USUL VE ESASLARI HAKKINDA YÖNERGE

BİRİNCİ BÖLÜM

Amaç, kapsam, dayanak ve tanımlar

Amaç

MADDE 1 – (1) Bu Yönergenin amacı, yaşamı tehdit eden hastalıklara bağlı olarak ortaya çıkan sorunlarla karşılaşan hastalarda ağrı ve diğer semptomları erken tanımlamak ve değerlendirmek, bu kişilere ve aile bireylerine tıbbi, psikolojik, sosyal ve manevi destek vererek acılarını hafifletmek veya önlemek, yaşam kalitesini geliştirmek için faaliyet göstermek üzere palyatif bakım merkezleri kurmak, bunların işleyişini, fiziki şartlarını, bulundurulması gereken araç, gereç ve personel asgari standardını, personelin görev yetki ve sorumluluklarını ve uygulamanın denetimine ilişkin usul ve esasları belirlemektir.

Kapsam

MADDE 2 – (1) Bu Yönerge, Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşları, üniversite, Türk Silahlı Kuvvetleri, belediye ve özel sağlık kuruluşlarına ait sağlık hizmet sunucularına bağlı olarak faaliyet göstermek üzere kurulan palyatif bakım merkezleri ile buralarda görevlendirilen personeli kapsar.

Dayanak

MADDE 3 – (1) Bu Yönerge, 7/5/1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun 3 üncü maddesine ve 11/10/2011 tarihli ve 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 8 inci maddesinin birinci fıkrasının (a) bendi ile 40 ıncı maddesine dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar

MADDE 4 – (1) Bu Yönergede geçen;

- a) Bağlı kuruluş: İlgisine göre Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunu ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumunu,
- b) Bakan: Sağlık Bakanını,
- c) Bakanlık: Sağlık Bakanlığını,
- ç) Evde sağlık hizmeti: Çeşitli hastalıklara bağlı olarak evde sağlık hizmeti sunumuna ihtiyacı olan bireylere evinde ve aile ortamında sosyal ve psikolojik danışmanlık hizmetlerini de kapsayacak şekilde verilen muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım, takip ve rehabilitasyon hizmetlerini,
- d) Genel Müdürlük: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünü,
- d) Merkez: Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşları, üniversite, Türk Silahlı Kuvvetleri, belediye ve özel sağlık kuruluşlarına ait sağlık hizmet sunucularına bağlı olarak palyatif bakım hizmeti vermek üzere kurulan merkezi,
- e) Müdürlük: İl sağlık müdürlüğünü,
- f) Sorumlu tabip: Palyatif bakım hizmetlerinin planlanması ve uygulanması amacıyla ilgili kurum amirince palyatif bakım merkez sorumlusu olarak görevlendirilen tercihen anestezi uzmanı olmak üzere uzman tabibi,
- g) Yönetici: Palyatif bakım hizmeti vermeye yetkili olan sağlık hizmet sunucusunun yöneticisini,
- h) TKHK: Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunu, ifade eder.

İKİNCİ BÖLÜM

Merkezlerin kurulması, fiziki şartlar ve asgari donanım standartları, ulaşım aracı tahsisi

Merkezlerin kurulması

MADDE 5 - (1) Palyatif bakım hizmetleri; yataklı sağlık tesislerinde palyatif bakım merkezleri, yataklı sağlık tesisleri dışında ise aile hekimleri ve evde sağlık hizmet birimleri tarafından yürütülür. Yataklı sağlık tesisleri tarafından bakım eviyle, bakım evinde yaşayanlara yönelik olarak, palyatif bakım protokolü yapılması ve Müdürlüğe onaylatılması kaydıyla palyatif bakım hizmetleri verilebilir.

(2) Açılması planlanan merkezlerin sağlık hizmet sunucusuna ait yerleşkelerde (ek bina da yerleşke bünyesinde kabul edilir) olması kaydıyla, Müdürlükçe ilgili sağlık müdür yardımcısının başkanlığında en az 3 kişiden oluşan bir komisyonca Ek-1'de yer alan temel kriterler dikkate alınarak yerinde inceleme yapılır. İnceleme sonucu faaliyeti uygun görülen merkeze Müdürlükçe faaliyet izni düzenlenir ve Bakanlığa bildirilir.

Fiziki şartlar ve asgari donanım standartları

MADDE 6- (1) Sağlık kurumlarının bünyesinde açılacak olan merkezlerin yatak sayısı, hastanenin yatak sayısı 100 ve altı ise %25'ini, 101-300 arası ise %20'sini, 301-500 arası ise %17'sini, 501 ve üstü ise %15'ini geçemez.

Ayrıca TKHK'ya bağlı hastanelerde faaliyet gösterecek merkezlerdeki toplam yatak sayısı, TKHK'nın toplam I.II. ve III. seviye yoğun bakım yatak sayısının %50'sini geçemez.

(2) Merkezde bulunan yataklı hizmet alanları ile ilişkilendirilmiş diğer hizmet alanlarına ilişkin fiziki şartlar ve asgari donanım standartları şunlardır:

a) Girişim ve muayene odası: Hekimin hastasına müdahale edebildiği, aile görüşmeleri, psikolojik ve sosyal hizmetler gibi hizmetlerin de verilebileceği, amaca uygun tıbbi araç-gereç ve ortama sahip mekânlardır. İhtiyaç halinde uygun sayıda girişim ve muayene odası yapılandırılabilir. Girişim ve muayene odası, gerektiğinde ayaktan palyatif bakım hastalarına yönelik poliklinik hizmetleri için kullanılabilir.

b) Ekip odası: görevli personellerin kullanımına tahsis edilmiş mekânlardır.

c) Çok amaçlı salon/alan: Hasta ve hasta yakınlarının dinlenme amacı ile kullanabilecekleri mekânlardır.

ç) Meşguliyet (meşgale) odası: Hastalara fizyoterapi, mesleki terapi, konuşma ve dil terapisi, hastaların fiziksel-ruhsal rahatlamalarını sağlayacak tedavi ve hizmetleri ile aile görüşmesi ve psikososyal hizmetlerin verileceği isteğe bağlı oluşturulan mekânlardır.

(3) Hasta, hasta yakınları ve personel için yeterli sayıda lavabo ve tuvalet bulunur ve gerektiğinde duş imkânları da sağlanır.

(4) Her hasta yatağı için ayrı olmak kaydıyla, medikal gaz ve vakum içeren hasta başı paneli bulunur.

(5) Temel monitörizasyon (EKG, ritm, oksijen saturasyonu, kan basıncı, nabız, ateş) yöntemlerine sahip, sıvı ve kan ürünleri replasmanı, entübasyon, kardiyopulmoner resusitasyon ve hastanın ilk stabilizasyonunun yapılabileceği şartlar sağlanır.

Ulaşım aracı tahsisi

MADDE 7- (1) Evde sağlık hizmeti veren müdürlük veya sağlık tesislerindeki evde sağlık hizmeti için tahsis edilmiş ulaşım ve nakil araçları, ihtiyaç duyulması halinde merkezlerle birlikte ortak kullanılabilir.

(2) Acil durumlarda hasta, sağlık kuruluşunun kendi ambulansı veya 112 acil sağlık hizmetleri ambulansı ile nakledilir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM**Personel görevlendirilmesi ve asgari personel standardı, görev yetki ve sorumluluklar****Personel görevlendirilmesi**

MADDE 8- (1) Merkezlerde sorumlu tabip ve personel görevlendirmeleri, ilgili mevzuatına uygun olarak yapılır. Merkez hizmetleri, sorumlu tabibin denetim ve sorumluluğunda, tabip, hemşire, tıbbi sekreter, idari ve teknik personel, temizlik elemanı ile diğer unvanlarda personel ile yürütülür.

(2) Psikolog, sosyal çalışmacı, fizyoterapist veya fizyoterapi teknikeri ve diyetisyenin merkezde tam zamanlı olarak çalışma zorunluluğu bulunmamakta olup ihtiyaç halinde hastane içinden veya dışından karşılanır.

(3) Yönetici, sağlık hizmet sunucusunun rolü ve merkezlerde sunulan palyatif bakım hizmetinin kapsamını dikkate alarak yeteri kadar personel görevlendirir.

(4) İhtiyaç duyulan hallerde sorumlu tabibe yardımcı olmak üzere yöneticinin uygun göreceği bir uzman tabip veya tabip sorumluya yardımcı olmak üzere ayrıca görevlendirilebilir.

(5) Yönetici tarafından, merkezlerde görevlendirilen personelin palyatif bakımla ilgili eğitim alması sağlanır.

(6) Çalışma düzeni ve saatleri ilgili mevzuatı çerçevesinde sorumlu tabibinin teklifi ve ilgili yöneticinin onayı ile belirlenir.

Sorumlu tabibin görev, yetki ve sorumlulukları

MADDE 9 - (1) Sorumlu tabip, merkeze görevlendirilen tüm personelden ilgili yöneticiye karşı sorumludur. Sorumlu tabibin görev, yetki ve sorumlulukları şunlardır:

- Yönetici ile merkez arasındaki koordinasyonu sağlar.
- Palyatif bakım hizmetlerini, kendisine bağlı personelin görev dağılımını, birbirleriyle olan iletişimlerini ve iş akışını bu Yönerge hükümlerine ve ilgili diğer mevzuata uygun olarak planlar ve yöneticinin onayına sunar.
- Takibi yapılan hastaların tedavilerini planlar ve uygulanmasını sağlar.
- Palyatif bakım ve uygulamaları konusunda kendisine bağlı personele gerektiğinde hizmet içi eğitim verir veya verilmesini sağlar.
- Hizmetle ilgili periyodik toplantılar düzenler, aksaklık ve noksanlıkları tespit ederek hizmetin geliştirilmesi konusunda kararlar alır ve uygulanmasını sağlar.
- Merkezde kullanılacak lüzumlu demirbaş, araç, gereç ve malzeme ihtiyacının tespit ve temini ile uygun koşullarda muhafazasını ve kullanılmasını sağlar.
- Hizmetle ilgili kayıtların zamanında ve noksansız tutulmasını sağlar.
- Hizmet verilen hastaların, aile hekimleri ve evde sağlık hizmetleri ekipleri ile işbirliği ve koordinasyonunu sağlar.
- Verilen hizmetlerin hasta hakları mevzuatına, mesleki etik ve tıbbi deontolojiye uygun olarak yürütülmesini sağlar.

Diğer personelin görev ve sorumlulukları

MADDE 10- (1) Merkezlerde çalışan personelin görev ve sorumlulukları sorumlu tabip tarafından belirlenir ve yöneticinin onayından sonra ilgililere duyurulur.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM**Çalışma esasları ve hizmetin kapsamı****Çalışma esasları**

MADDE 11- (1) Merkezler, hasta ve aile bireylerine verilen palyatif bakım hizmetini bir bütün olarak değerlendirir ve hizmetten en iyi şekilde yararlanmaları için ekip anlayışı içerisinde her türlü önlemi alır.

(2) Merkezlerde idame tedavisi sağlanan hastaların, farmakolojik ve diğer tedavilerine düzenli devam edip etmediği, opioidlerin doğru zamanda ve dozda kullanıp kullanmadığı, yan etkilerinin olup olmadığı gibi süreçlerin takip edilmesi esastır.

(3) Yeni tespit edilen veya önceden tespit edilmekle birlikte durumunda değişiklik olan hastalarla ilgili olarak merkezlerde tedavi, yatış ve bakım gibi hizmet unsurlarıyla ilgili kurum ve kuruluşlarla irtibat kurularak gerekli bilgilendirme ve yönlendirmeler yapılır.

(4) Merkezler, il sağlık müdürlüğü koordinasyonunda, yerel yönetimler, bölgedeki diğer sağlık kuruluşları, üniversiteler ve ilgili diğer kuruluşlarla işbirliği yaparak, gerekirse yazılı ve görsel medya aracılığı ile palyatif bakım hakkında toplumu bilinçlendirme çalışmalarını yapar.

(5) Merkezler 24 saat esasına göre çalışır. Mesai saatleri haricinde hizmet, sorumlu tabibin planlamasına ve nöbet esasına göre yürütülür.

Hizmetin kapsamı

MADDE 12 – (1) Merkezlerde aşağıdaki hizmetler verilir.

a) Muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetleri verilir.

b) Psikososyal destek, psikososyal değerlendirme (sıkıntı, anksiyete, depresyon, umut, kayıp, yas, keder ve kendine bakmak), ağrı yönetimi (opioid kullanımı), beslenme desteği gibi hizmetler sunulur. İlaç, tıbbi cihaz ve malzeme kullanımına ilişkin sağlık raporlarının çıkarılması sağlanır.

c) Merkez, tedavisi düzenlenmiş hastanın tıbbi, psikolojik ve sosyal durumunun gerektirdiği seviyede hizmet almasını temin etmek amacıyla, aile hekimi ve evde sağlık hizmetleri birimleriyle gerekli koordinasyonu sağlar.

ç) Hizmetler klinik ortamda ve poliklinik şartlarında verilir.

BEŞİNCİ BÖLÜM

Palyatif bakım hizmetlerine başvuru, hasta kabul, sevk ve nakil esasları,

Palyatif bakım hizmetlerine başvuru

MADDE 13- (1) Başvurular, palyatif bakım hizmeti almak isteyen hastaların kendisi veya aile bireyleri tarafından bizzat yapılabileceği gibi aile hekimi veya hastanın takip ve tedavisini yapan müdahale tabibi tarafından da taburcu aşamasında gerekli görüşme ve koordinasyon sağlanmak suretiyle palyatif bakım hizmeti veren merkez veya sağlık hizmet sunucusuna yönlendirilebilir. Sağlık tesisine gelemeyecek durumda olan hastalar bulundukları ortamda evde sağlık ekiplerince ziyaret edilerek birlikte yaşadığı aile bireylerinin durumu ile bir bütün olarak değerlendirilir. Değerlendirme sonucunda palyatif bakım hizmeti alması uygun görülen hasta merkezlere yönlendirilir.

Hasta kabul, sevk ve nakil esasları

MADDE 14- (1) Palyatif bakım hizmetleri için aile hekimi veya evde sağlık hizmetleri birimleri; kendi mevzuatı çerçevesinde merkezler tarafından tedavisi düzenlenen ve idame tedavisi için kendilerine yönlendirilen hastaları takip ederek gerekli hizmeti verir. Hizmetin devamı esnasında gerektiğinde hastanın yönlendirmesini yapan merkez veya sağlık tesisinin uzak olması, hastanın istememesi, kapsamlı değerlendirme ve müdahale gerektiren durumların ortaya çıkması veya benzeri nedenlerle hastanın başka bir merkeze sevk gerektiğinde en yakın merkezle irtibata geçerek tetkik, tahlil ve idame tedavisinin düzenlenmesi için gerekli sevk ve yönlendirmeleri yapar.

(2) Merkezler, hastaların gerekli tedavilerini yaparak idame tedavisi için aile hekimlerine, evde sağlık hizmetleri birimine gerekli yönlendirmeleri yapar.

(3) Merkezlerde tedavisi tamamlanıp evde sağlık hizmetleri birimleri ve aile hekimlerine yönlendirilen tüm hastalara ayrıntılı epikriz düzenlenir. Epikrizde; hastanın idame tedavisine ilişkin ayrıntılar, tedavi sürecinde ortaya çıkabilecek sorunlar, kontrol gerektiren durumlar, önerilen kontrol tarihi, yapılması gereken tetkik ve tahliller ile benzeri bilgiler ayrıntılı bir şekilde yer alır.

Kayıtların tutulması ve istatistik

MADDE 15 - (1) Merkezler hizmet verdikleri bölgede ikamet eden palyatif bakım hastalarını; aile hekimleri ve evde sağlık hizmetleri birimleri tarafından tutulmakta olan kayıtları da kullanarak tespit eder ve kendi veri tabanını oluşturur.

(2) 13 üncü maddeye uygun olarak başvurusu değerlendirilen ve kabulü uygun görülen kişiler için hasta kayıt dosyası açılır. Bu dosyada, hastanın kimlik bilgileri, adresi, iletişim telefonları, sosyal güvencesi, sosyal durumu, hastalığı, konulan tanı, uygulanan tedaviler, sürekli kullandığı ilaçlar, kullandığı tıbbi cihaz, ortez ve protezlere ilişkin bilgiler ile advers etki bildirim formu yer alır.

(3) Her hastaya ait ayrı dosya bulunması, kayıt ve takip defteri tutulması, verilerin bilgisayar ortamında kaydedilmesi ve arşiv mevzuatında belirtilen süre ve şekilde muhafazası, hastalara ait kişisel bilgi ve istatistiklerin paylaşımı konusunda gerekli güvenlik önlemlerinin alınması zorunludur.

(4) Takip edilen hastanın başka bir bölgeye taşınması durumunda gerekli bilgi ve belgeler ilgili sağlık tesisine gönderilir. Tüm kayıtlar, palyatif bakım hizmetinin sona ermesinden sonra merkez veya kurum arşivine kaldırılır.

ALTINCI BÖLÜM

Hasta hakları, hizmetin sonlandırılması, eğitim, denetim ve sorumluluk

Hasta hakları

MADDE 16 - (1) Palyatif bakım hizmeti için kabul edilen hastalar, hasta hakları ve yükümlülükleri ve hizmet içeriği konusunda bilgilendirilir. Hastanın kendisi veya kanuni temsilcisi, sunulacak hizmet ve varsa riskleri konusunda her türlü bilgiyi alma; hastanın kendisi hizmeti kabul etmeme hakkına sahiptir. Hasta hakları ile ilgili mevzuat hükümleri saklıdır.

Hizmetin sonlandırılması

MADDE 17 - (1) Palyatif bakım hizmeti aşağıdaki hallerde sonlandırılır:

a) Evde sağlık hizmetleri birimine yönlendirilen hastanın hizmetinin sonlandırılmasında, evde sağlık hizmetlerine ilişkin mevzuat esas alınır.

b) Hastanın kendisi veya kanuni temsilcilerinin hizmeti sonlandırmayı talep etmesi, hasta veya aile bireylerinin tedaviye uyumsuz davranış sergilemeleri, önerilere uymayarak direnç göstermeleri halinde, hizmetin faydası sorumlu uzman tabip tarafından sorgulanır, hasta ve aile bireyleri ile görüşülerek hizmetin sonlandırılmasına ilişkin karar tutanak altına alınır.

Eğitim

MADDE 18- (1) Merkezde görevlendirilen personel, bu Yönergede belirlenen görev ve sorumluluklarının gerektirdiği bilgi, beceri ve tutumların kazandırılması, palyatif bakım hizmetleri alanındaki yeniliklerin takip edilmesi, personel arasında bilgi ve uygulama birlikteliğinin sağlanması amacıyla hizmet içi eğitime tabi tutulur.

(2) Merkez personeli, hasta ve yakınlarına içerisinde bulundukları durum ve beklentileri hakkında eğitim/ bilgi verir.

Denetim ve sorumluluk

MADDE 19- (1) Palyatif bakım hizmetlerinin koordinasyonundan ve bu Yönerge hükümlerine uygun olarak etkin bir şekilde ve noksansız olarak yürütülmesinden Müdürlük, ilgili sağlık tesisi yöneticisi ve sorumlu tabip sorumludur.

YEDİNCİ BÖLÜM

Çeşitli ve son hükümler

Diğer kurum ve kuruluşlarla işbirliği

MADDE 20 - (1) Palyatif bakım hizmetlerinin etkin bir şekilde sunulabilmesi için merkezin bağlı olduğu sağlık kuruluşu; Milli Eğitim Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Diyanet İşleri Başkanlığı, Emniyet Müdürlükleri, Türkiye İş Kurumu, belediyeler,

ilgili diğer kurum ve kuruluşlar, gönüllüler ve ilgili sivil toplum kuruluşları ile uygulama protokolleri düzenlemek suretiyle işbirliği yapabilir.

Hüküm bulunmayan haller

MADDE 21- (1) Bu Yönergede hüküm bulunmayan hallerde 13/1/1983 tarih ve 17927 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, 27/02/2015 tarih ve 29280 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik, 25/01/2013 tarih ve 28539 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği ile 27/3/2002 tarihli ve 27408 sayılı Özel Hastaneler Yönetmeliği hükümleri uygulanır.

Yürürlük

MADDE 22- (1) Bu Yönerge, Bakan Onayı ile yürürlüğe girer.

Yürütme

MADDE 23- (1) Bu Yönerge hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.

2.2.9. Göz Bankası ve Kornea Nakli Merkezleri Yönergesi

GÖZ BANKASI VE KORNEA NAKLİ MERKEZLERİ YÖNERGESİ (Makamın 28.01.2015 tarihli ve 5376.203 sayılı Onayı ile yürürlüğe girmiştir.)

BİRİNCİ BÖLÜM

Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar

Amaç

Madde 1 - (1) Bu Yönergenin amacı; modern tıbbın gereklerine uygun göz bankalarının kurulması, faaliyetleri, denetimi ve kornea naklini gerçekleştiren kamu kurumlarına bağlı hastaneler ile özel hastanelerin uymak zorunda oldukları hususlara ilişkin usul ve esasları düzenlemektir.

Kapsam

Madde 2 - (1) Bu Yönerge; göz bankalarını ve bunlarla iş yapan tüm kamu kurumlarına bağlı hastaneler ile özel hastaneleri kapsar.

Dayanak

Madde 3 - (1) Bu yönerge, 29/5/1979 tarihli ve 2238 sayılı Organ ve Doku Alınması Saklanması ve Nakli Hakkındaki Kanun'a, 11/10/2011 tarihli ve 663 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'nin 8 inci maddesinin birinci fıkrasının (a) ve (b) bentleri ile 01/02/2012 tarihli ve 28191 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliğine dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar

Madde 4- (1) Bu yönergede geçen;

- a) Bakanlık: Sağlık Bakanlığını,
 - b) Banka: Vericiden göz küresi ve kornea, sklera, konjonktiva, limbus, amniyotik membran gibi dokuların alınmasını sağlayan, alıcı sağlığı açısından incelenerek, gerekli test ve incelemelerin yapıldığı, saklandığı ve dağıtımının gerçekleştirildiği göz bankalarını,
 - c) Doku: Göze nakledilebilen ve bu maddenin (b) bendinde sayılan dokuları,
 - ç) Doku Kaynağı Merkezi: Kamu kurumlarına bağlı hastaneler, özel hastaneler ve adli tıp kurumlarını,
 - d) Doku Nakli Merkezi: Göze nakledilebilecek dokuların naklini yapan kamu kurumlarına bağlı hastaneler ile özel hastaneler bünyesindeki merkezleri,
 - e) Kamu hastaneleri: Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler ile üniversite hastanelerini,
 - f) Kurul: Kornea Nakli Bilimsel Danışma Kurulunu,
 - g) TODS: Türkiye Organ ve Doku Bilgi Sistemini,
 - ğ) UKK: Ulusal Koordinasyon Kurulunu,
- ifade eder.

İKİNCİ BÖLÜM

Bankaların Fiziksel Standartları ve Karşılması Gereken Hususlar

Bankanın kurulması

Madde 5 - (1) Banka, bir göz hastalıkları uzmanı sorumluluğunda ve kamu hastanelerinin bünyesinde kurulur.

Bankanın bölümleri ve özellikleri, tıbbi ve teknik donanım

Madde 6- (1) Banka asgari olarak aşağıdaki standartları taşır:

a) En az 20 metrekare büyüklüğünde, dış ortam ile teması bulunmayan, asepsi ve antisepsi kurallarına uygunluğu sağlanan ve tek bir girişi bulunan tamamen banka faaliyetleri için ayrılmış olan bir doku işleme laboratuvarı bulunur. Bu laboratuvarıda:

- 1) Laboratuvar alanında yeterli büyüklükte tezgâh, su ve lavabo tesisatı,
- 2) Kolaylıkla temizlenebilir özelliklere sahip duvarlar, döşeme ve tavan,
- 3) Laboratuvarın elektrik kesintileri için bir jeneratör ile bağlantısı,
- 4) (- 20) dereceye kadar derin dondurucu bölümü bulunan buzdolabı,
- 5) Biomikroskop,
- 6) Bankada veya bünyesinde bulunduğu sağlık kuruluşunda alet ve malzeme sterilizasyonu için otoklav,
- 7) Banka amniotic membran saklayacak ise, (- 80) dereceye kadar derin dondurucu,
- 8) Organ kültürü yöntemi ile saklama yapacak bankalarda en az 2 inkübatör,
- 9) Gerek görüldüğünde; laminar akım kabini (Class 2 tip) ve kabin için laboratuvarda ayrı kapalı bir alan, göz bankası speküler mikroskobu ve santrifüj, bulunur.

b) Bankada vericiler ve banka ile ilgili bilgilerin hazırlandığı ve saklandığı bir arşiv alanı bulunur. Bu bölüm tercihen laboratuvara yakın olmalıdır. Kayıtları saklamak üzere ayrı bir bilgisayar bulunur.

c) Hastane klinikleri içerisinde veya morgda kadavradan doku alınması için ayrı bir alanda doku alım odası oluşturulur. Ayrıca otopsi odasında da doku alınabilir. Doku alım odasında:

- 1) Su ve lavabo tesisatı,
- 2) Doku alımı için sadece bankaya ait cerrahi alet setleri,
- 3) Cerrahi malzeme için tezgâh veya masa, bulunur.

ç) Hastane bünyesinde, 24 saat süreyle hizmet verecek bir seroloji laboratuvarı bulunur. Seroloji laboratuvarı hizmeti, hizmet alımı yoluyla da görülebilir.

d) Kornea alımı için tahsis edilmiş bir araç bulunur.

Personel ve görevleri

Madde 7- (1) Bankada göz bankacılığı konusunda eğitim almış yeterli sayıda personel bulunur. Bankanın faaliyet gösterebilmesi için gerekli personel ve görevleri aşağıda belirtilmiştir:

a) Bankada gerekli tıbbi standartların uygulanmasından sorumlu olmak üzere bir göz hastalıkları uzmanı tıbbi müdür olarak görevlendirilir. Tıbbi müdür, bankada görevli personelin amiri konumundadır. Bankada işlenmiş olan dokuların nakil için uygun olup olmadığına karar verilmesinden ve dağıtımından sorumludur.

b) Bankada vericinin araştırılmasından, dokunun saklanması, verici ile ilgili tüm verilerin arşivlenmesinden ve laboratuvarın düzen ve temizliğinin korunmasından sorumlu olan ve faaliyetlerini tıbbi müdürün gözetiminde ve sorumluluğunda yürüten bir laboratuvar yöneticisi bulunur. Sağlık meslek mensupları laboratuvar yöneticisi olarak görevlendirilebilir.

c) Bankada vericiden dokunun alınmasından sorumlu olan ve faaliyetlerini laboratuvar yöneticisinin gözetimi ve sorumluluğu altında yürüten bir banka teknisyeni bulunur. Sağlık meslek mensupları banka teknisyeni olarak görevlendirilebilir. Her bankada, en az iki adet olmak üzere yeterli sayıda teknisyen bulunur.

ç) Bankada en az bir tane yardımcı eleman bulunur. Ayrıca, ihtiyaç durumunda psikolog veya halkla ilişkiler uzmanı, morg görevlisi, bankanın genel temizliği için temizlik elemanı ve sekreter görevlendirilebilir.

Banka personelinin yeterliliği

Madde 8 - (1) Bankada çalışacak tıbbi müdür, laboratuvar yöneticisi ve banka teknisyeninin göz bankacılığı konusunda eğitim almış olması ve eğitim süresi sonunda yapılacak sınav ile yeterliliğinin belgelendirilmesi gereklidir.

(2) Tıbbi müdür, laboratuvar yöneticisi ve banka teknisyeninin eğitimi; Bakanlıkça ruhsatlandırılmış bir göz bankasında gerçekleştirilir. Tıbbi müdür için eğitim süresi en az 1 hafta, laboratuvar yöneticisi ve teknisyen için en az 4 haftadır. Bu sürenin sonunda yazılı sınav yapılarak eğitim tamamlanır. Yeterlilik sınavını, eğitim alınan yerin tıbbi müdürü ile birlikte bir başka bankanın tıbbi müdürü veya kamuda çalışan bir göz hastalıkları uzmanından oluşan iki kişilik komisyon yapar. Sınav sonuç belgesi, eğitim alınan yerin yetkili amiri tarafından onaylanır. Eğitim programı ve sınav sonuç belgesi Bakanlığa gönderilir. Kornea Bankada, doku kültürü yöntemi ile saklanacak ise banka teknisyeni doku kültürü ile ilgili bir laboratuvar da eğitim almış olmalıdır. Yeterlilik belgesi almaya hak kazananlar Bakanlık tarafından yetkilendirilir.

Banka açılma başvurusu ve gerekli belgeler

Madde 9 - (1) Banka açacak kamu hastaneleri Bakanlığa başvurur. Başvuru dosyasında:

- a) Banka tıbbi müdürüne ait Bakanlık tarafından verilmiş yeterlilik belgesi,
- b) Bankada görev alacak laboratuvar yöneticisi ve teknisyenlerin Bakanlık tarafından verilmiş yeterlilik belgeleri,
- c) Doku işleme laboratuvarı, arşiv alanı ve vericiden doku alım odasına ait 1/20 ölçekli, cihazların ve diğer alt yapının yerleşimini gösterir bankanın planı,
- ç) Bankadaki tıbbi ve teknik donanım listesi, serolojik testlerin yapılacağı laboratuvar ile ilgili beyan,
- d) Göze nakledilebilecek dokuların vericilerden alınması ve bu dokuların bankadan çıkışına kadar süreci anlatır iş akış şeması veya standart uygulama prosedürleri, bulunur.

Banka açma izni

Madde 10 - (1) Banka açma başvurusu, Kurul tarafından değerlendirilir. Kurulun görüşü alındıktan sonra Bakanlıkça uygun görülmesi halinde banka açma izni verilir.

Bankanın çalışması

Madde 11 - (1) Banka açma talebinde bulunan kamu hastaneleri bankanın bu yönerge kapsamındaki faaliyetlerini kolaylaştırmak ve faaliyetlerinin devamını sağlamak zorundadır.

(2) Bankaların 24 saat süreyle kesintisiz faaliyet göstermeleri gerekir. Banka, bünyesinde bulunduğu hastane ve işbirliği yaptığı doku kaynağı merkezindeki her potansiyel verici adayını incelemek ve verici olma şartlarına sahip olanlardan doku almak zorundadır. Doku temini bankanın bağlı olduğu merkezlerin doku ihtiyacı ile kısıtlı olamaz. Gerektiğinde diğer bankaların ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla vericilerden doku temini yapılır. İl sağlık müdürlükleri bankaların doku ihtiyacının temini için illerindeki tüm morgların açılmasından ve doku alımı konusunda gerekli düzenlemelerin yapılmasından sorumludur.

(3) TODS'daki hasta bekleme listesine kaydetmek üzere bankaya, doku nakli merkezlerinden gönderilen hastaların bilgileri ve nakil gerçekleştirildikten sonra nakil yapılan hasta bilgileri iletildiği tarih itibarıyla 3 gün içerisinde banka tarafından kaydedilmek zorundadır.

Bankanın tıbbi standartları

Madde 12 - (1) Tıbbi standartlar; göz naklinde kullanılacak tüm dokuların vericilerinin tıbbi açıdan araştırılması, dokuların alınması, incelenmesi, saklanması ve dağıtımı ile ilgili

beceri, kalite ve etik kurallarını içerir. Bankalarda uyulması gerekli tıbbi standartlar Kurul tarafından oluşturulur ve bu standartlar yıllık olağan toplantılarda gözden geçirilir. Tıbbi standart değişiklikleri tüm bankalara duyurulur. Her banka Kurul tarafından belirlenen ve Bakanlıkça onaylanan tıbbi standartlara göre faaliyet göstermek zorundadır.

Bankaların finansmanı

Madde 13 - (1) Bankaların kuruluşu ve faaliyeti için gerekli ihtiyaçlar, bankanın bağlı olduğu kurum tarafından karşılanır.

Bankaların faaliyetlerinin izlenmesi ve denetimi

Madde 14- (1) Bankaların faaliyetlerinin izlenmesi ve değerlendirilmesi Kurulun da önerisi alınarak Bakanlığın belirleyeceği kriterler çerçevesinde TODS üzerinden yapılır. Ayrıca bankalarda tıbbi standartların uygulanmasında sürekliliğin sağlanması amacıyla; Kuruldan iki temsilci ve Bakanlık Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünden bir temsilci olmak üzere denetim ekibi oluşturulur. Denetim ekibi tarafından iki yılda bir veya Bakanlık gerekli gördüğünde banka yerinde denetlenir. Denetim ekibince hazırlanan rapor Kurula sunulur ve raporlar Kurulda değerlendirilir.

(2) Banka tarafından alınacak cerrahiye uygun kornea sayısı Bakanlıkça her yıl ilan edilir. Bankaların açılma izinlerine ait niteliklerini kaybetmeleri, tıbbi standartlar yönünden uygulamada yetersiz kalmaları ve iki yıl üst üste Bakanlıkça belirlenen yıllık cerrahiye uygun kornea doku sayısı altında kaldığının tespit edilmesi durumunda ilgili bankalar, Kurulda değerlendirildikten Kurulun da görüşü alınarak Bakanlıkça gerekli görülmesi halinde faaliyetlerine son verilir.

Kayıtlar

Madde 15 - (1) Banka tarafından doku alınan her vericiye ilişkin kayıt tutulması zorunludur. Kayıtlar otuz yıl süre ile saklanır. Tüm bankalar tarafından bu yönergenin Ek-1 ve Ek-2 formu kullanılır ve bu formlar TODS'a kaydedilir. Banka kayıtlarında gizlilik esastır. Banka kayıtları Bakanlık ve bankanın bağlı bulunduğu kurum amiri tarafından denetlenir.

Yıllık rapor

Madde 16 - (1) Banka 6 aylık dönemlerle çalışmalarını raporlayarak kurul tarafından değerlendirilmek üzere Bakanlığa göndermekle yükümlüdür.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM **Doku Kaynağı Merkezi**

Doku kaynağı merkezlerinin oluşturulması

Madde 17 - (1) Bünyesinde banka bulunmayan, ancak doku kaynağı niteliğinde olan kamu hastaneleri, özel hastaneler ve adli tıp kurumlarından doku alınması ve toplanması hastanenin işbirliği yaptığı banka aracılığı ile yapılır. Doku kaynağı merkezlerinin bağlı olacağı bankalar Bakanlıkça belirlenerek duyurulur.

Doku kaynağı merkezinin çalışması

Madde18 – (1) Doku kaynağı merkezinden tıbbi standartlara göre doku alınmasından banka sorumludur. Banka kendi ekibi ile veya o merkezde bir ekip kurarak verici takibi ve doku alımı yapar. Doku kaynağı merkezinden alınan dokulara ait verici kayıtları bankada saklanır. Doku kaynağı merkezlerinde başhekimin görevlendirdiği kişi veya kişiler kornea temini için uygun olan tüm ölüm vakalarını ölümü takiben en hızlı biçimde gecikmeksizin Bankaya bildirecek yöntemi belirler.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

Doku Nakil Merkezi

Doku nakil merkezleri

Madde 19 – (1) Doku nakli, Bakanlık tarafından faaliyeti onaylanmış kamu hastaneleri ve özel hastaneler bünyesinde görev yapan göz hastalıkları uzmanı tarafından gerçekleştirilir.

Kayıtlar

Madde 20- (1) Doku naklini gerçekleştiren hekim, nakil ile ilgili bilgileri dokuyu temin ettiği bankaya nakil sonrasında Ek-3 sayılı form ile 3 gün içerisinde gönderir. Ayrıca TODS'a kaydeder. Tüm belgeler ile ameliyatla ilgili belgeler kayıt altına alınır ve otuz yıl süre ile saklanır.

BEŞİNCİ BÖLÜM

Doku Dağıtım İlkeleri

Bankadan doku talebi

Madde 21 - (1) Bankadan doku talebi, doku nakli yapacak göz hastalıkları uzmanı tarafından yapılır. Uzman hekim bir bankadan aynı hasta için Ek-4 sayılı form ile sadece bir talepte bulunabilir.

Doku dağıtım prensipleri

Madde 22 - (1) Doku dağıtım için nakil olacak hastaların sırasını belirlemek üzere TODS üzerinde hasta bekleme listesi oluşturulur. Bankada toplanan dokular, kullanılabilirliği onaylandıktan sonra TODS'a kaydedilir. Kornea hasta bekleme listesindeki sıraya göre, sırası gelen hastaların kayıtlı olduğu ilgili doku nakli merkezlerine, dağıtım prensiplerine göre dağıtılır. Nakil bekleyen acil hasta bulunuyor ise Kurulun da görüşü alınarak Bakanlıkça Acil Nakil Endikasyon Hasta Listesi oluşturulur ve bu listedeki hastalara öncelik verilerek dağıtım yapılır. Banka, doku nakli merkezleri ve uzman hekimler, hasta bekleme listesindeki sıralamaya kesinlikle riayet etmek zorundadır.

(2) Bankaların bulunduğu doku nakli merkezleri de dâhil olmak üzere doku nakli merkezleri, kendi hastanelerinden tedarik ettikleri dokunun, aylık olarak toplam % 50' sini TODS'a kayıtlı kendi hastaları için kullanabilirler. Doku nakli merkezleri bankadaki hasta bekleme listesindeki hastalara, hasta bekleme listesindeki sıraya göre nakil yapmak zorundadır.

Doku kullanımı

Madde 23 - (1) Banka, dokuyu nakli yapacak uzman hekime teslim eder. Doku ile ilgili bilgiler nakli yapacak uzman hekime banka tarafından verilir. Doku teslim edildikten sonra dokunun korunması ile ilgili tüm sorumluluk doku nakil merkezine aittir. Dokunun bankaya iadesi ancak dokunun niteliklerinin bozulmadığının banka tarafından belirlenmesi, iade nedeninin ve alıcıya nakil yapılamayacağına belgelenmesi durumunda mümkündür. Alıcı için özellikleri belirtilerek talep edilen dokunun kullanılamadığı durumlarda bankadan onay alınmak kaydıyla hasta bekleme listesinin bir sonraki sırasında yer alan hastaya kullanılır.

Dokunun nakil dışı kullanılması, imhası

Madde 24- (1) Nakil için uygun olmayan dokular için Banka tarafından imha raporu hazırlanır. Bankada nakil için uygun görülmeyen dokular eğitim ve araştırma amacı ile talepte

bulunan eğitim kurumlarına ve laboratuvarlara gönderilebilir. Dokunun kullanım amacı ve teslim edilen kişiye ait bilgiler ile ilgili kayıt tutulur. Bu yönde talep olmaması halinde, nakil için uygun olmayan doku imha edilir. Verici ile ilgili kayıtlara ilave edilecek imha raporu laboratuvar yöneticisi tarafından yazılır ve banka tıbbi müdürü tarafından onaylanır ve arşivde saklanır.

Yurt dışından kornea getirilmesi ve kayıtları

Madde 25- (1) Kornea ihtiyacının yurt içindeki bankalardan karşılanmasında yetersizlik veya TODS'a kayıtlı nakil bekleyen hasta sayısında ciddi artış olması gibi durumlarda Bakanlıkça, banka bulunan kamu hastanesine belirli sayı veya belirli bir zaman aralığı içerisinde yurt dışından kornea temini yetkisi verilebilir.

(2) Özel hastanelere, Bakanlıkça yurt dışından gelen hastalara nakledilmek üzere belirli bir zaman aralığı içerisinde ve belirli sayıda yurt dışından, kornea temini yetkisi verilebilir. Özel hastane yurt dışından getirdiği korneaları yurtdışından gelen hastalara kullanamadığı takdirde 31/5/2006 tarihli ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu kapsamında ilave ücret almamak kaydıyla TODS'a kayıtlı hastalara kullanılabilir. Bu merkezler yurt dışından gelen hastalar için temin edilen korneaların bu hastalar için kullanılamama gerekçelerini bildirmek zorundadır.

(3) Yurt dışından getirilecek kornealar, Avrupa Göz Bankaları Birliği veya Amerika Birleşik Devletlerindeki Göz Bankaları Birliğine üye bankalardan temin edilir.

(4) Yurt dışından temin edilen korneanın; alımı, taşınması, saklanması ve naklinde uluslararası kalite standartları ve Bakanlıkça belirlenen standartlara uyulmasından yetkilendirilen banka bulunan kamu hastaneleri sorumludur.

(5) Kornea nakli yapılan doku nakil merkezinde, temin edilen korneanın tüm belgeleri ile ameliyatla ilgili belgeler kayıt altına alınır ve otuz yıl süre ile saklanır.

ALTINCI BÖLÜM

Son Hükümler

Yasaklar

Madde 26 - (1) Bu Yönerge ile belirtilen niteliklere ve koşullara sahip olmayan ve Bakanlıktan açılma izni almamış bankaların faaliyet göstermesi yasaktır.

(2) Doku alımı sadece bankalar tarafından yapılabilir. Bankalar tarafından dağıtımı yapılmamış dokunun nakil için kullanılması yasaktır.

(3) Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı olan hastalardan, kornea temini ve nakli işlemleri için 31/5/2006 tarihli ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu kapsamında ilave ücret alınamaz.

(4) Yasaklara uymadığı tespit edilen merkezler ve personel hakkında Doku nakil merkezlerinin standartlarına, hizmet sunumuna ve idari müeyyidelerine ilişkin bu yönergede hüküm bulunmayan hallerde, Kurul tarafından değerlendirildikten sonra UKK'nın görüşü alınarak ilgililer hakkında işlem yapılır.

(5) İlgili sağlık kuruluşları tabi olduğu mevzuata ayrıca uymak zorundadırlar. Yasaklara uymadığı tespit edilen merkezler ve personel hakkında tabi oldukları mevzuatlarda yer alan idari müeyyideler ile ilgili mevzuatlara göre belirlenen diğer idari müeyyideler uygulanır.

(6) Yurt dışından kornea temini ve nakli ile kurallara uymayan hekim ve kurumlar beş yıl süreyle kornea temini ve nakli ile ilgili işlemleri yapamaz.

Yürürlükten kaldırılan yönerge

Madde 27- (1) 26/02/2001 tarih ve 1832 sayılı Makam oluru ile yürürlüğe konulan Göz Bankası ve Kornea Nakli Merkezleri Yönergesi yürürlükten kaldırılmıştır.

GEÇİCİ MADDE 1- (1) Bu Yönerge yayımı tarihinde Bakanlıkça verilen yetki doğrultusunda faaliyet gösteren bankalarda görev yapmakta olan personel görev yaptıkları bankada çalıştıkları sürece 8 inci maddede belirtilen eğitim alma şartından muaftır.

(2) 2015 yılı için her Banka tarafından donörlerden alınacak cerrahiye uygun kornea sayısı 70 olarak belirlenmiştir.

Yürürlük

Madde 28- (1) Bu yönerge yayımı tarihinde yürürlüğe girer.

Yürütme

Madde 29- (1) Bu yönerge hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.