



80. YILDA TEDAVİ HİZMETLERİ (1923 - 2003)

**Sağlık Bakanlığı
Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Ankara 2004**

İ Ç İ N D E K İ L E R

I.BÖLÜM

TEDAVİ HİZMETLERİNDE GELİŞİM	Sayfa
Osmanlı'nın Son Döneminde Tedavi Hizmetleri	4
Kurtuluş Savaşı Dönemi Tedavi Hizmetleri	5
Cumhuriyet Döneminden Günümüze Tedavi Hizmetleri	6
Bulaşıcı Hastalıklarla Savaş	7
Trahomla Savaş	8
Kanserle Savaş	9
Kemik Hastalıkları	9
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	9
Acil Yardım Hizmetleri	9
Ruh Sağlığı	9
Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastaneleri	10
Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri	10
Merkezler-Üniteler	
Diyaliz Merkezleri	11
Organ ve Doku Nakli Hizmetleri	11
Kan ve Kan Ürünleri	12
Diyabet-Obezite-Hipertansiyon Merkezleri	12
Özürlü Hizmetleri	
Amatem (Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Merkezleri)	12

II.BÖLÜM

TEMEL SAĞLIK GÖSTERGELERİNDE GELİŞMELER

Bebek Ölüm Hızı	12
Ana Ölüm Hızı	12
Kaba Doğum Hızı	13
Kaba Ölüm Hızı	13
Doğuşta Beklenen Hayatta Kalma Süresi	13
Nüfus ve Nüfus Planlaması	13
GSMH'da Toplam Sağlık Harcamaları	13

III.BÖLÜM

YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI

Kamu Hastaneleri	13
Özel Hastaneler	14

IV.BÖLÜM

TEDAVİ HİZMETLERİ MEVZUATINDA GELİŞMELER

Üzerinde Çalışılan Mevzuat Tasarıları	15
AB Mevzuatına Uyum Çalışmaları	15

V.BÖLÜM

TEŞKİLAT YAPISI

Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü	16
-----------------------------------	----

Mali Kaynaklar	16
Yatırımlar	17
İnsan Kaynakları	18

VI.BÖLÜM

TEDAVİ HİZMETLERİNDE MEVCUT DURUM

Yeşil Kart Hizmetleri	21
Vardiya Uygulaması	21
Hasta Hakları Uygulamaları	22
Merkezi Yatış Sistemi	22
Hastanelerde Özel Sağlık Hizmetleri Uygulaması	22
Kan Ürünleri Reçetesi Uygulaması	22
Bölge Tabanlı Sağlık Hizmeti Uygulaması	23
Toplam Kalite Çalışmaları	23
Bilgi Teknolojisi Alt Yapı Faaliyetleri-Web Sitesi	23
İhalelerde Tavan-Taban Uygulaması	24
Merkezi İlaç Alım İhaleleri	24
Direkt Yurt Dışından Alım	24
Halkla İlişkiler	24

VII.BÖLÜM

REFORM ÇALIŞMALARI-POJELER-ARAŞTIRMALAR-EĞİTİMLER

Bilgisayarlı Yönetim ve Destek Sistemleri	25
Evrak Takip Sistemi	25
İhale İlanları	25
Hastane Bilgi Sistemi Projesi	25
Teknik Şartname Bankası	26
Fiat Bilgi Bankası Oluşturulması	26
Tanı ve Tedavi Rehberleri Geliştirme Çalışmaları(BBTTR)	26
Kronik Hastalıklar Kontrol Programı	26
Projeler	27
Araştırmalar	
Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması	27
Anne Ölümleri ve Nedenlerinin Tespiti Araştırması	27
Ulusal Sağlık Hesapları Çalışması	28
Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet Etkililik Çalışması	28
Yönetim Kapasitesi Geliştirme Çalışması	28
Uluslararası Hastalık Sınıflaması (UHS 10)	28
Toplam Kalite Eğitimleri	28
Hemşirelik Hizmetlerinde Hizmetiçi Eğitim	28
Uluslararası Kuruluşlarla İşbirliği	29
Ülkemizde Eğitim Alan Yabancılar	29

VIII.BÖLÜM

TEDAVİ HİZMETLERİNİN GELECEĞİ

Yataklı Tedavi Kurumlarında İyileştirmeler	29
Ulusal Sağlık Politikası	30
Aile Hekimliği	31
Sağlık İşletmesi	32
Sağlıkta Dönüşüm Programı	32

KAYNAKLAR

34

TABLolar

35

TABLO:1-Türkiye'de Nüfus ve Yataklı Tedavi Kurumlarının Sayısal Gelişimi (1923-2003)

TABLO:2-Sağlık Bakanlığı Bütçesi (1923-2003)

TABLO:3-Türkiye'de Hastane Hizmetlerinin Gelişimi(1925-2003)

TABLO:4-Türkiye'de Sağlık Personeli Gelişimi(1930-2002)

TABLO:5-Türkiye'de Hastane ve Yatak Sayılarının Kuruluşlara Göre Gelişimi (1980-2003)

TABLO:6-Türkiye'de Yıllara Göre Sağlık Harcamaları (1980-2003)

TABLO:7- Yeşilkart Hizmetlerinin Gelişimi(1992-2003)

TABLO:8-Türkiye'de Yataklı Tedavi Kurumlarının Kuruluşlara Göre Dağılım (31.12.2003)

TABLO:9-Türkiye'de Hastane ve Yatak Sayılarının İllere ve Kuruluşlara Göre Dağılımı (31.12.2003)

TABLO:10-Türkiye'de Yataklı Tedavi Kurumlarının Dallara Göre Dağılımı(31.12.2003)

TABLO:11-Tedavi Hizmetleri ile İlgili Mevzuat

I.BÖLÜM

TEDAVİ HİZMETLERİNDE GELİŞİM

80.yılıni idrak ettiğimiz Cumhuriyet tarihimizde, 1923 yılından bu yana diğer sektörler gibi, gelişen teknolojiye paralel olarak sağlık sektöründe de büyük ilerlemeler kaydedilmiştir. Bugün sağlık alanında ulaşılan seviye Avrupa ülkeleri seviyesindedir.

Osmanlı'nın Son Döneminde Tedavi Hizmetleri

Osmanlı Devleti; devletin her bölümünde olduğu gibi sağlık hizmetlerinin ve hastanelerin yönetimine de önem vermiştir.

Osmanlı Devleti'nde XV.yy.dan itibaren yaklaşık 400 yıl devlet sağlık işlerini hekimbaşılar yürütmüşlerdir. Hekimbaşı, saray hekimlerinin başı yani padişah ve yakınlarının baş sorumlusu olarak Başlala veya Kızlarağası da denilen Babüssaade Ağasına bağlı olduğu kadar bütün ülkenin sağlığından sorumlu bir insan olarak da doğrudan Sadrazama bağlı idi. Atanmaları Sadrazamların önerisi ile Padişah tarafından yapılırdı. Hekimbaşılar XIX. yy. ortalarına kadar ülkenin sivil ve asker bütün sağlık işlerinden sorumlu olmuşlardır. Bu nedenle; o tarihlerde hekimbaşının emrinde Hassa-Saray hekimleri kadar yurdun her yerindeki çeşitli sivil sağlık kuruluşları, hastaneler, körhaneler, cüzzamhaneler ve çeşitli sosyal yardım kuruluşları vardı.

Ülke çapında cerrahları kontrol eden cerrahbaşı (1843'de Cerrahlar Müdürlüğü adını aldı.) ile kehhalleri (Göz hekimleri) kontrol eden kehhalbaşı tamamen hekimbaşının emrinde ve ona karşı sorumlu idiler. O dönemlerde hekimler eczacılık işlerini de yürüttüklerinden ayrıca bir eczacıbaşı yoktu. Eczacı kalfaları vardı. Onlar da aşşap, edviyegu, tabbah-ı eşribe, hafız-ı eşribe gibi isimlerle hekimlerin nezaretinde çalışırlardı.

Hekimbaşı Padişahla birlikte sefere çıkar, yemek esnasında bile yanında bulunurdu. Sağlık personelinin atanmaları onun önerileri ile yapılırdı. Ordunun ilaç ve gereçlerinin sağlanmasından, saklanmasından ve korunmasından sorumluydular. Salgın hastalıklarla savaş, gereken yerlerde hastane açılması, hekimlerin sınavları ve yetersiz olanların mesleklerini uygulamadan alıkonulması, muayenehane açabilmeleri için izin verilmesi gibi bütün işler hekimbaşılardan görevleri arasındaydı. Hekimbaşılık 380 yıl devam etmiş, bu sürede 46 hekimbaşı görev yapmıştır.

Osmanlı ülkesinde; vakıflar ve onlara bağlı hastaneler, sosyal kuruluşlar, sağlık eğitimi veren okullar, özel hekim muayenehaneleri, eczaneler vb. toplumun sağlık ihtiyaçlarını karşılıyorlardı.

Osmanlı Devletinde sağlık mevzuatı ile ilgili çalışmalar ilk defa Sultan II. Mahmut devrinde 1838'de ilk sağlık yasamız olan "Karantina Nizamnamesi" ile başlamıştır. 1871'de çıkarılan "Sihhiye Müfettişleri" ve "Memleket Tabiplikleri Kurulması ve Ataması Hakkında İdare-i Umumiye-i Tıbbiye Mülkiye Nizamnamesi" (Sivil Tıp Hizmetleri Genel Yönetim Tüzüğü) ile sağlık hizmetlerinin ilçelere kadar yayılması sağlanmıştır.

Osmanlı Devleti sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde birçok ülke ile işbirliği yapmıştır. Hekim tedariki, bilimsel çalışmalar, eğitim, karantina hizmetleri ve uluslar arası konferanslar gibi çalışmalara önem verilmiştir. 1851'den 1922'ye kadar 13 uluslar arası sağlık konferansına katılmıştır.

1905'te vilayetlerin 32' sinde ve 9 sancaktan 9'unda hastane yoktu. Van ve Hakkari'de hekim de mevcut değildi. İstanbul'da Haseki, Gureba, Zeynep Kamil, Beyoğlu Zükür, Darülaceze, Hamidiye Etfal ve Cerrahpaşa hastaneleri mevcut idi. Ayrıca; askere, yabancılara, azınlıklara ait hastaneler ile Tıp Fakültesi klinikleri vardı. Sivil hastane bulunmayan yerlerde fakir ve kimsesiz hastaların asker hastanelerinde bakılması, gereken masrafların mahpuslar ve kimsesizler faslından ödenmesi hakkında 1877'de bir talimatname çıkarılmıştır. 1909'da memleket dahilinde 1883'ü Osmanlı uyruğunda, 773'ü yabancı 2656 hekim bulunmaktaydı. O tarihlerde imparatorluk nüfusu 54 milyon, yüzölçümü 6 milyon kilometrekarenin üstündeydi. Yaklaşık olarak 20.000 kişiye bir hekim düşüyordu.

Osmanlı Devletinde hastane yönetimi özellik göstermektedir. Hastane yönetiminde tıbbi hizmetlerin yönetiminden başhekim, onun dışında kalan işlerin yönetiminden de "Tımarhane

Ağası", "Bimarhane Ağası", "Hastane Nazırı", "Müdür-i Hastane" unvanı verilen hastane yöneticileri sorumlu idiler.

Osmanlı Devletinde 76'ya yakın Ordu Hastaneleri dışında İstanbul'da 25'e yakın sivil ve Anadolu'daki hastaneler çoğunlukla Vakıflara bağlı olarak kurulup, Vakfiye kurallarına göre işletilmişlerdir. Ayrıca, azınlık ve yabancı hastaneler kendi usullerine göre yönetiliyorlardı.

Osmanlı Devletinde, özellikle İmparatorluğun son döneminde çeşitli alanlarda faaliyet göstermiş mesleki, tıbbi ve sosyal cemiyetler kurulmuştur. Sağlık ve sosyal alanda kurulanlar arasında İmparatorluğun son döneminde savaş yaralılarına bakmak üzere 1897 tarihinde kurulan Cemiyet-i İmdadiye, 1921 yılında Mustafa Kemal Paşa tarafından savaş sebebi ile yetim kalmış çocuklara sahip çıkmak üzere kurulan ve daha sonra adı önce Çocuk Esirgeme Kurumu, 1983'te de Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü olarak değiştirilen Himaye-i Etfal Cemiyeti, 1918'de İstanbul'un işgali sebebi ile kapatılıp Cumhuriyetten sonra Veremle Savaş Cemiyeti ismini alan Veremle Mücadele Osmanlı Cemiyeti sayılabilir.

Osmanlı Devletinde kurulan ilk cemiyet, bugün adı Türkiye Kızılay Derneği olan Osmanlı Hilal-i Ahmer Cemiyeti'dir. İmparatorluğun birçok cephede savaştığı, doğal afetlerin birbirini kovaladığı ve halkın büyük yoksulluklar içinde olduğu yıllarda Hilal-i Ahmer Cemiyet'i kendisinden beklenenin çok üzerinde yardımlarda bulunmuş, çok çeşitli alanlarda faaliyet göstermiştir.

Kurtuluş Savaşı Dönemi Tedavi Hizmetleri

Sağlık hizmetlerinin batılı ve modern anlamda bir devlet görevi olarak ele alınmasının temeli Türkiye Büyük Millet Meclisi Hükümetinin kuruluşu ile atılmıştır.

Türk toplumunun yüksek düzeyde sağlıklı bir yaşantı içinde bulunmasının önemi ve değeri takdir edilmekte, memlekette tüm sağlık hizmetlerinin yürütülmesi görevi; Milli Mücadelenin başlangıcında Ankara'da kurulan ilk Milli Hükümet bünyesinde, 02 Mayıs 1920 ve 3 sayılı Kanunla yer alan SIHHİYE ve MUAVENET-İ İÇTİMAİYE VEKALETİ' ne (Sağlık Bakanlığı) verilmiştir.

İlk Sağlık Bakanı Dr. Adnan ADIVAR, 11 Mayıs 1920'de yanına katip olarak aldığı bir Sağlık Memuru ile Ankara Vilayet Konağı'nın bir odasında göreve başlamıştır.

Yeni Bakanlık göreve başladığında elde mevcut herhangi bir kayıt ve bilgi yoktu. Önce, vazife görmekte olan hekimlerin isimleri telgrafla istenerek kaydedilmiş ve İstanbul Hükümeti Örgütünün bütün kanun ve nizamnameleri temin edilmiştir. Temin edilen mevzuatın ihtiyacı karşılamayacağı için yeni Bakanlık kendine göre usul ve kadro tertip etmiştir.

Yeni Bakanlıkça hazırlanan ilk bütçe tasarısında: Merkezde, Hıfzıssıhha Dairesi, Sicil Dairesi, Muhasebe ve Evrak Kalem kabul edildi. Taşra örgütünde ise; eski Sağlık Müdürlükleri, Hükümet, Belediye ve Karantina Tabiplikleri ile Küçük Sıhhiye Memurlukları aynen muhafaza edildi, Teftiş kadrosu da 3 müfettişe çıkarıldı. Meclis-i Sıhhi-i Ali kaldırıldı. Daül kelp (Kuduz Tedavi Müessesesi), Telkihane (Aşihane) ve Bakteriyojihaneye kurulması kabul edildi. Mahalli idarelere ait hastaneler aynı bırakılarak, Kastamonu ve Zonguldak bölgesinde özellikle frengi savaşı için kurulmuş bulunan hastaneler de mahalli idarelere devredildi. Bu tasarı geçici bir zaman için Bakan tarafından da yeterli görülerek gerekçesi ile birlikte Türkiye Büyük Millet Meclisine sunuldu ve kabul edildi. Bu devrede Burgaz Adasında veremliler için bir sanatoryum açılmıştır. O günkü çiçek aşısı Bakanlıkça İtalya'dan satın alınarak karşılanmıştır. Yine bu devrede, ordunun lüzum göstereceği hekimlerin hastane ve belediye hekimlerinden seçilerek hükümet hekimlerinin görevde bırakılmaları bir talimatnameye bağlanmış ve Men'i Müskirat (İçki Yasağı) Kanununun yürürlüğe girmesi üzerine Bakanlıkça hazırlanan "İspirto ve İspirtolu İçkiler Nizamnamesi" uygulamaya konulmuştur.

05 Haziran 1921'de yayımlanan bir nizamname ile muhacir (göçmen) işleri İçişleri Bakanlığında alınarak Sağlık Bakanlığına verildi. Bunun üzerine Bakanlık bünyesinde "Muhacirin Müdürlüğü" kuruldu. Yine bu dönemde "İstatistik ve Neşriyat Müdürlüğü" kuruldu.

İstiklal Savaşı'nın en şiddetli günlerinde diğer bakanlık daireleri gibi Sağlık Bakanlığı da gece ve gündüz aralıksız çalışmış, gerekli gördüğü yerlerde büyük Öksüz Yurtları açmış olup İstanbul'un düşman işgalinden kurtarılmasından sonra da buradaki 2.500 mevcutlu Öksüz Yurdu Bakanlığa bağlanmıştır.

Cumhuriyet Döneminden Günümüze Tedavi Hizmetleri

1923 yılında, Cumhuriyet kurulduğunda Türkiye'deki yataklı tedavi kurumlarının sayısal durumu şöyle idi:

Kurumun Cinsi	Sayısı	Yatak Sayısı
Devlet Hastanesi	3	950
Belediye Hastanesi	6	635
Özel İdare Hastanesi	45	4520
Özel, Yabancı ve Azınlık	32	2402
Toplam	86	6437

Bakanlık, her il merkezinde kurulmuş bulunan mevcut devlet hastanelerinin sağlık koşulları ve yönetim yönünden düzeltilmesi için yol göstermiş, bütçesine koyduğu yardım ödeneklerinden mali durumları kötü olanlara yardım etmiş ve illere rehber olmak üzere ilk olarak 1924'de Ankara, Diyarbakır, Erzurum ve Sivas Numune Hastanelerini ve bunlardan ayrı 1936'da Haydarpaşa, 1946'da Trabzon ve 1970'de Adana Numune Hastanelerini açmıştır.

Nüfusun çoğunluğunu teşkil eden ilçe merkezlerindeki halkın, sağlık hizmetlerinden yararlandırılması için 1924'de 150 ve 1936'da 20 ilçe merkezinde Muayene ve Tedavi Evleri açılmıştır. Daha sonra sağlık merkezlerine ve sağlık ocaklarına dönüştürülmüştür.

1923'e kadar zamanın koşulları içerisinde yürütülen Bakanlık çalışmaları; memleketin sağlık şartlarını düzeltmek, ulusun kişi ve toplum sağlığına zarar veren etkenlerle savaşmak, gelecek kuşakların sağlıklı olarak yetiştirilmesini sağlamak amacıyla hızla ilerlemeye yönelmiş ve yeni bir statü ile hizmet alanı, merkez ve taşra örgütü genişletilmiştir.

Bakanlık, 1925 yılında hazırlamış olduğu ilk çalışma programına çözümlenmesi zorunlu sağlık sorunlarını şöyle sıralamıştı:

- Devlet sağlık örgütünü genişletmek
- Hekim, sağlık memuru ve ebe yetiştirmek
- Numune hastaneleri ile doğum ve çocuk bakımevleri açmak
- Sıtma, verem, trahom, frengi ve kuduz gibi önemli hastalıklarla mücadele etmek
- Sağlıkla ilgili kanunları yapmak
- Sağlık ve sosyal yardım örgütünü köye kadar götürmek
- Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü ve Hıfzıssıhha Okulu kurmak

1928 yılında çıkarılan 1219 sayılı "Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun", 1930 yılında çıkarılan 1593 sayılı "Umumi Hıfzıssıhha Kanunu", 1936 yılında çıkarılan 3017 sayılı "Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilat ve Memurin Kanunu" ile mevzuat alanındaki eksiklikler giderilmeye çalışılmıştır.

II.Dünya harbinden sonra bütün dünya ülkelerinde değişen sosyal yaşantı ve ekonomik güçlükler birçok sağlık sorunlarını da beraberinde getirmiş, diğer ülkeler gibi ülkemizde de sağlık hizmetlerinin rasyonel ve planlı bir şekilde uygulanması için çalışmalar yapılmıştır. Kasım 1946 'da Yüksek Sağlık Şurası'nın onayından geçen Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı bunların ilkidir.

1960 yılından itibaren 10.000 nüfusa 26 hasta yatağı hedef alınmış ve 1962 yılından itibaren her yıl 1.900 hasta yatağının ilavesi öngörülmüştür. 2003 yıl sonunda ise;180.797 hasta yatağına ulaşılmış, 10.000 nüfusa düşen hasta yatağı sayısı da 25,5 olarak gerçekleşmiştir.

1972 yılında hasta yatakları temel dallara göre belli nüfus kriterlerine ayrılmıştır. Buna göre 10.000 nüfusa 16 genel hasta yatağı, 2,5 doğum yatağı, 2,5 göğüs yatağı, 3 ruh ve sinir yatağı, 1,5 onkoloji yatağı ve 0,5 diğer dal yatakları esas alınmıştır. Bu kriterlerin 2003 yıl sonundaki durumu ise; genelde 20.6, doğumda 1.35, göğüste 1.12, ruh sağlığında 0.85, onkolojide 0.13,

diğer özel dalda 1.33 olarak gerçekleşmiştir. Göğüs hastalıkları, doğum, ruh sağlığı ve onkoloji dalında hedef oranlara ulaşamadığı görülmektedir.

1982 yılında kabul edilen Anayasamız, Sosyal ve Ekonomik Haklar ve Ödevler başlığı altında, sağlık alanındaki düzenlemeleri ele almıştır. Anayasanın 41. maddesi ile aile, Türk toplumunun temeli olarak kabul edilmiş ve devlet, ana ve çocukların korunması ve aile planlamasının öğretimi ile uygulanmasını sağlamak için gerekli tedbirleri almakla yükümlü kılınmıştır.

Anayasanın 56'ncı maddesi ile ise, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşamak hak olarak kabul edilmiştir. Bu hakkın kullanılması için çevrenin geliştirilmesi ve korunması devlete ve vatandaşlara ödev olarak yüklenmiştir.

Bakanlık, gerek Anayasa emri ve gerekse çeşitli kanunlarla kendisine verilen görevleri yerine getirmek amacıyla, planlı döneme girdiğimiz 1960 yılından itibaren, yeni bir görüş ve hizmet anlayışı ile sağlık politikamızın ana ilke ve hedeflerini tespit etmeye başlamıştır.

İlke ve hedeflere ulaşmak için yeni bir sağlık organizasyonu ve uygulaması saptanarak sağlık hizmetleri 5.1.1961 tarih ve 224 sayılı Kanun ile sosyalleştirilmiştir. Sağlık hizmetlerinde reform meydana getiren bu hizmetin uygulamasına 1963 yılında başlanılmıştır ve halen devam etmektedir.

Sağlık hizmetlerinin kesintisiz 24 saat devam ettirilmesi amacıyla 29.6.1978 tarih ve 2162 sayılı "Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun" yürürlüğe konmuş, bu Kanun 31.12.1980 tarih ve 17207 sayılı "Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun" ile yürürlükten kaldırılmıştır.

1982 Anayasası, sağlık hizmet ve yönetiminde 1961 Anayasasına paralel düzenlemeler içermektedir. 60.maddesi herkesin "sosyal güvenlik hakkına sahip olduğunu ve devletin bu sorumluluğu üstlendiğini" içerir. Genel Sağlık Sigortası 1982 Anayasasının 58.maddesinde "Genel Sağlık Sigortası kurulabilir" ifadesiyle yer almıştır.

1980'li yıllar 1961'de başlayan sosyalleştirme politikalarının genişletilmesi gayretlerine şahit olmuştur. Sağlıkta finans yönetiminin öneminin artmasıyla genel sağlık sigortası 1987 yılında tekrar gündeme gelmiş, ancak bu husustaki hukuksal düzenlemeler gerçekleştirilememiştir. Aynı yıl Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu çıkarılmıştır.

Bulaşıcı Hastalıklarla Savaş

Ülkemizde toplumumuzun sağlığını tehdit eden bulaşıcı hastalıklarla savaş çalışmaları Cumhuriyetin kuruluşundan sonra ciddi olarak ele alınmıştır. Yurt dışından gelebilecek hastalıklardan tamamen korunulması ve yurt içinde meydana gelen vakaların ve epidemilerin derhal bastırılarak bir salgına meydan verilmemesi; günün ve hizmetin koşulları içerisinde, epidemiyolojik esaslara göre bilinçli olarak ele alınan mücadele metodları sayesinde mümkün olabilmektedir.

1930 yılında kabul edilen 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanununda, ülkemizde görülen bulaşıcı hastalıklarla yapılacak mücadele yolları saptanmış, bulaşıcı hastalıklara karşı kullanılan her çeşit aşı ve serumların Devlet tarafından hazırlanması, dışarıdan ithal edilen aşı ve serumların, Bakanlıkça saptanan vasıf ve koşullara uygun olması belirlenmiştir. Aynı Kanunda, çiçek hastalığının önemi göz önünde bulundurularak doğan her çocuğun doğumu takip eden ilk dört ay içinde aşılandırılması, 30 yaşına kadar her şahsın çiçek aşısını beş yılda bir tekrar ettirmesi zorunluluğu kılınmıştır. Aynı kanunda bildiri(ihbar) sistemi ele alınarak, hangi hastalıkların kimler tarafından, ne şekilde ve nereye bildireceği de belirlenmiştir.

1970 yılında İstanbul'da görülen kolera salgını sonrası İstanbul Tropikal Hastalıklar Enstitüsü ve Bulaşıcı Hastalıklar Hastanesi açılmıştır.

Veremle Savaş (Göğüs Hastalıkları Hastaneleri)

Verem, yalnız ülkemizde değil bütün dünyada kendisiyle mücadele edilmekte olan en önemli hastalıklardan birisidir. Çünkü verem; çocuk, yaşlı, ihtiyar her çağdaki tüm insanları etkileyen bir hastalık olup disiplinsiz yaşantı, beslenme bozuklukları, kültürel yetersizlikler, kötü çevre sağlığı koşulları bu hastalığın bulaşmasında ve yayılmasında önemli rol oynamaktadır.

Türkiye'de verem hastalığı Cumhuriyetten önce ve sonra yaygın bir halde idi. II.Dünya Savaşı ve sonralarında dünyanın hemen her tarafında olduğu gibi ülkemizde de bu hastalığa tutulanlar çoğalmış ve ölümler artmıştır.

Sağlık Bakanlığı'nın 1943-1947 yılları arasında Ankara, Bursa, Eskişehir, İstanbul ve İzmir şehirlerinde yapmış olduğu ölüm tespitlerinde veremden ölümler daima ilk üç sırada yer almış ve genel ölümlere oranı da ortalama %13,5 olarak saptanmıştır.

Türkiye'de verem savaşı gönüllü kuruluşların teşebbüsü ile başlamış ve resmi kuruluşların işbirliği ile genişletilmiştir.

1923 yılında Bakanlığın istek ve onayı ile İstanbul Özel İdaresince ilk Verem Savaşı Dispanseri hizmete açılmıştır. Tespit edilen veremlileri bir yandan tedavi etmek ve bir yandan da toplumdan tecrit etmek amacıyla Bakanlık tarafından 1924'de 50 yataklı Heybeliada Verem Sanatoryumu açılmış, Haydarpaşa ve İzmir Bulaşıcı Hastalıklar Hastaneleri ile diğer devlet ve numune hastanelerinde imkan nispetinde veremliler için yataklar tahsis edilmiştir. 1941'de İstanbul Göğüs Cerrahi Merkezi, 1953 yılında Ankara Atatürk Sanatoryumu, 1964'de Ankara Yüksek İhtisas Hastanesinde Kalp Cerrahi Servisi, 1973'de Ankara Numune Hastanesi bünyesinde Kardiyoloji Servisi, 1981'de İstanbul'da Yedikule Tüberküloz Dışı Göğüs Hastalıkları ve Astım Hastanesi, 1992'de Van Yüksek İhtisas Hastanesi, 1995'de 100 yataklı Zonguldak Göğüs Hastalıkları Hastanesi ve 1998'de Aksaray M.Yazıcı Göğüs Hastalıkları Hastanesi hizmete açılmış, bugün 22'si Sağlık Bakanlığına ait olmak üzere sayıları 27'ye ulaşmıştır.

Kuduzla Mücadele

Kuduz ve kuduz şüpheli vakaların muayene ve tedavisi için 1888'de İstanbul'da açılan Kuduz Tedavi Müessesesi'nden başka, 1925'de Erzurum ve Sivas, 1926'da Diyarbakır, 1927'de Konya, 1930'da İzmir ve 1953'de Elazığ'da birer hastane açılmıştır. Kuduz Aşısı İstasyonlarının artırılmasıyla bu hastanelerin sayısı 1945'de 3'e ve 1960'da 1'e düşürülmüş ve İstanbul'da bulunan Kuduz Hastanesi de 1982'de kaldırılmıştır.

Zührevi Hastalıklar

Başta frengi olmak üzere diğer zührevi hastalıkların teşhis ve tedavisi amacıyla açılan ve 1945'de sayıları 7 olan bu hastanelerin 5'i kapatılmış olup, sadece İstanbul ve Ankara'daki hastaneler faaliyetini sürdürmektedir. Bunlardan İstanbul'daki hastane 1982'de Bakanlığa devredilmiştir.

Lepra

Lepralı hastaların kabul ve tedavisi amacıyla 1941 yılında Elazığ ve 1980 yılında İstanbul Cüzzam Hastaneleri kurulmuştur. Faaliyetleri devam etmektedir.

Trahomla Savaş

Çok eski yıllardan beri bilinen trahom, Afrika'da, orta ve uzak doğu ile Güney Amerika'da yaygın bir halde bulunmaktadır. Hastalığın dünyaya Mısır'dan yayıldığı söylenir.

Cumhuriyetten önce, ülkemizin geniş bir kısmında çok yaygın bulunan ve önemli oranda da göz hastalıklarına ve körlüklere sebep olan trahom hastalığına karşı yeterli tedbir alınmamış ve bu nedenle de o tarihlerde 3 milyon civarında tahmin edilen trahomlu hasta yurttaşımız kendi kaderiyle baş başa bırakılmıştır.

Trahom mücadelesine ilk olarak 1925 yılında; trahomun meydana getirdiği sakatlıklar nedeniyle "körlük memleketi" denilen Adıyaman'da ve aynı yıl Malatya'da birer trahom hastanesi ve dispanseri açılmasıyla başladı. Bu sabit kuruluşlar yanında, hizmeti en ücra ünitelere kadar götürmek amacıyla kurulan gezici ekiplerle taramalar yapılarak, bulunan trahomlu hastalar tedavi edildi. 1930 yılında da Adana, Gaziantep, Kilis ve Besni Trahom Savaş Hastaneleri açılmıştır. 1950'de sayıları 16'ya ulaşan bu hastaneler, trahomun kontrol altına alınmasından sonra 1982 yılına kadar tamamı kapatılmıştır. Göz hastalıkları ile ilgili olarak bugün 1'i Sağlık Bakanlığına ait olmak üzere 8 hastane faaliyet göstermektedir.

Kanserle Savaş

Arkeolojik bulgular kanserin insan yaşantısının başlangıcı kadar eski olduğunu göstermektedir. 1890 yılından bu yana kanserin kontrol altına alınabileceği fikri gelişmeye başlamış ve röntgen ışınlarının keşfi ile de gerek teşhis ve gerekse tedavi imkanları doğmuştur.

Türkiye' de kanserle savaş için ilk organizasyon 1947 yılında Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumunun kurulmasıyla başlamıştır. Ahmet Andiçen Onkoloji Hastanesi 1962 yılında hizmete açılmıştır. Ülkemizde kanser tedavisi 1962 yılına kadar genel tedavi kuruluşlarında yapılmakta ve diğer hastalıklar arasında mütalaa edilmekte idi. 1962'de bu konuda teknik bir çalışmaya geçilmiş ve ilk ciddi tedavi organizasyonu da 1967'de Bakanlık tarafından Etimesgut Onkoloji Hastanesinin kurulması ile başlamıştır. Yine Bursa'da Ali Osman Sönmez Onkoloji Hastanesi açılmıştır. Ankara Etimesgut Onkoloji Hastanesi bugün Demetevler semtinde Eğitim ve Araştırma Hastanesi olarak hizmet vermektedir.

1998 Yılında Avrupa Birliği ile Bakanlığımız arasında yapılan anlaşma ile Kanser Erken Teşhis Merkezleri açılması kararlaştırılmış olup, 2002 yılı sonunda hizmete sunulan Erken Teşhis Merkezlerinin sayısı 29'a ulaşmıştır. Yine 2003 yıl sonu itibarı ile 3'ü Sağlık Bakanlığına ait 5 adet Onkoloji Hastanesi mevcuttur.

Kemik Hastalıkları

Kemik Hastalıklarının teşhis, bakım ve tedavisi için; 1943'de İstanbul Baltalimanı, 1951'de Eğirdir, 1955'de Urla ve 1957'de Trabzon Kemik Hastalıkları Hastaneleri açılmıştır. Bugün Urla dışındaki 3 kemik hastanesi faaliyetini sürdürmektedir.

Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon

Hastalık ve kaza sonucu meydana gelen sakatlıkların rehabilite edilmesi amacıyla; 1968 yılında Ankara, 1980 yılında İstanbul Bakırköy ve Kastamonu Rehabilitasyon Merkezleri, 1973 yılında Bolu Kaplıca ve Fizik Tedavi Müessesesi, 1998'de Samsun Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi açılmıştır. 1996'da Bursa Özürlü Çocuklar Hastanesi'nin hizmete girmesi ile bugün 31.12.2003 tarihi itibarı ile ülkemizde 9'u Sağlık Bakanlığına bağlı olmak üzere 16 Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi bulunmaktadır.

Acil Yardım Hizmetleri

Acil Yardım Hizmetlerinin iyileştirilmesi kapsamında 1992 yılında İstanbul Kartal Acil Yardım ve Trafik Hastanesi ile İstanbul Çatalca Devlet ve Bölge Trafik Hastanesi, 1994'de İzmir Bornova Acil Yardım ve Travmatoloji Hastanesi ile Sakarya Toyotasa Acil Yardım Hastanesi, 2000 yılında ise Konya İçeri Çumra Devlet ve Acil Yardım Hastanesi hizmete açılmıştır. İstanbul Kartal Acil Yardım ve Trafik Hastanesi 1998 yılında kapanmıştır. 31.12.2003 tarihi itibarı ile 7 hastanemiz Acil Yardım dalında hizmet vermektedir.

Ruh Sağlığı

Ekonomik güçlükler, iş hayatının daralması, savaşlar, iflas gibi nedenlerle insanların sinirleri gerilmiş ve bunun sonunda çabuk sinirlenme, kolay yorulma, sıkıntı, uykusuzluk, güvensizlik ve hatta intihara kadar varan durumlar insan yaşantısını etkileyen ruh hastalıklarının nedeni olmuştur.

Tarih boyunca ruh hastalıkları, toplumlarda çeşitli tepkilerle karşılanmıştır. Batı ülkelerinin bu hastaları bir hasta gibi kabul etmeyip türlü işkencelere maruz bıraktığı devirlerde Türkler, ruh sağlığına, ruh hastalarına ve tedavilerine büyük önem vermişlerdir. M.S. 834-932 yılları arasında yaşamış olan müslüman Türk alimlerinden Ebubekir Razi, melankolikler hakkında yazdığı bir eserinde, bu hastalığı tarif etmiş ve "melankolik hasta muhakkak meşguliyetle tedavi edilmelidir" diyerek bu tedavinin nasıl uygulanacağını da anlatmıştır.

Atalarımız ruh hastalarının müzik yolu ile tedavi edilebileceklerine de inanmış ve bu tedavi metoduna çok önem vermişlerdi. Tanınmış Türk hekimlerinden Şuuri "Musikideki usullere vakif olmayan bir hekimin teşhis ve tedavileri muvaffak sayılmaz" demekle ruh hastalarının musiki ile tedavilerine ne derece önem verdiklerini göstermektedir.

Türklerin ruh hastalarını rehabilitasyon yolu ile de tedavi ettiklerine dair tıp tarihlerinde geniş bilgilere rastlamak mümkündür. Selçuk Türkleri, yaptırmış oldukları tıp medreseleri ve hastanelerine ruh hastalarını da kabul etmişlerdir.

İstanbul alındıktan sonra Fatih "Bimarhane-i Ebbul Fetih Sultan Mehmet" adı ile 1459'da bir bimarhane (Akıl ve Sinir Hastalıkları Hastanesi) yaptırmıştır. Daha sonra 1520'de de "Bimarhane-i Sultan Süleyman" kurulmuştur. Yine Kanuni Sultan Süleyman zamanında 1554'de Manisa Bimarhanesi yaptırılmıştır.

Bugünkü Bakırköy Akıl ve Sinir Hastalıkları Hastanesinin kuruluş ve gelişmesinde, Üsküdar'daki Toptaşı Bimarhanesi'nin önemli bir yeri ve etkisi vardır. İstanbul Emrazı Asabiye ve Akliye Hastanesi olarak uzun zaman başarılı hizmet veren Bakırköy Akıl ve Sinir Hastalıkları Hastanesi(1927), 1960 yılından buyana modern anlamda yeni bir çalışma ortamına geçmiştir. Eğitim ve araştırma hastanesi olarak da hizmet görmekte ve bilimsel çalışmalara yer vermektedir.

Yurt içinde görülen ruh hastalarının İstanbul'a kadar sevk edilmesi tehlikeli ve güç bir iş olduğundan 1926 yılında 50'şer yataklı Elazığ ve Manisa Hastaneleri, 1970 yılında 30 yataklı Samsun Ruh Hastalıkları Hastanesi, 1983'de Adana Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi açılmıştır. 31.12.2003 tarihi itibarı ile 6'sı Sağlık Bakanlığına bağlı 8 adet Ruh Sağlığı ve Hastalıkları hastanesi mevcuttur.

Bugünün modern ruh sağlığı sadece ruh hekimlerinin uğraşacağı bir konu olmaktan çıkmıştır. Bir pedagoğu, bir öğretmeni, bir psikologu, bir din adamını ve hatta tüm aydınları ilgilendiren sosyal bir sorun haline gelmiştir.

Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastaneleri

Batı ülkelerinde meydana gelen sanayileşme, büyük kentlerin çoğalması, kadının iş hayatına atılması ve genellikle ana ve çocuk ölümlerinin fazlalığı; ana ve çocuk sağlığının korunmasını zorunlu kılmıştır. 18.yüzyıldan itibaren bu ülkelerde ana ve çocuk sağlığını korumak amacıyla kurulan örgütler bugün ileri bir çalışma düzeyine erişmiştir.

Eskiden ülkemizde ebelik, anadan kıza intikal eden ve yanlış görgü ve tecrübeye dayanan bir sanat halinde idi. Usta-çırak yöntemiyle yetişen ve İstanbul'da ebelik yapan kadınlara doğum bilgisi vermek amacıyla 1846'da Mekteb-i Tıbbiye'de iki yıl süreli bir kurs açılmış ve ilk ebelik ruhsatnameleri 1848'de verilmeye başlanmıştır.

Cumhuriyetin ilanından sonra 1924'de, tamamen Tıp Fakültelerine bağlı olarak ebe yetiştiren bu okula ilkokul mezunu yerine ortaokul mezunu kız ve kadınlar kabul edilmeye başlanmıştır. Yine bu dönemde 1926 yılında Ankara ve Konya'da ilk Doğum ve Çocuk Bakımevleri açılmıştır.

Doğum ve Çocuk Bakımevlerinin sayıları ve yatak kapasiteleri zamanla geliştirilmiştir. Ana ve çocuk sağlığı hizmetlerine büyük katkıları olan bu kuruluşların sayıları 1940'da 10, 1960'da 20, 1972 yılı sonunda da 22'ye çıkarılmış, ayrıca, diğer genel hastanelerin bünyelerinde doğum pavyon ve servisleri açılmıştır. Bugün, 48'i Sağlık Bakanlığına ait olmak üzere 57 adet Doğum ve Çocuk Bakımevi faaliyet göstermektedir.

Çocuk hastalıklarının teşhis, bakım ve tedavisi için 1924'de Bakanlığa devredilen İstanbul Şişli Çocuk Hastanesinden ayrı olarak; 1946'da İzmir, 1950'de Ankara Dr.Sami Ulus ve 1970'de Bakanlığa devredilen Manisa Moris Şinasi Çocuk Hastaneleri açılarak faaliyete geçirilmiştir. Günümüzde 6'sı sağlık Bakanlığına ait 9 Çocuk Hastalıkları Hastanesi mevcuttur.

Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri

Diş ve diş eti hastalıklarının erken teşhis ve tedavisi yanında artan diş tedavi hizmet talebinin karşılanabilmesi için İzmir'de hizmet veren 20 yataklı diş hastanesine ilaveten 2003 yılında 10 yataklı İstanbul İl Özel İdaresi Ağız ve Diş Hastalıkları Hastanesi hizmete açılmıştır.

Ülkemizde halen devlet hastanesi bünyesindeki 100 Diş Tedavi ve Protez Merkezi ile 474 Diş Polikliniği, 18 adet bağımsız Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi hizmet vermektedir.

Merkezler-Üniteler

Diyaliz Merkezleri

Ülkemizde halen 469 Diyaliz Merkezi ile diyaliz hizmeti verilmektedir. Mevcut merkezlerin 211'i Bakanlığımıza aittir. Akut ve kronik böbrek yetmezliği hastalarının yaşamlarını devam ettirmede, böbrek nakline hazırlanmalarında ve gerekli diğer tıbbî durumlarda uygulanan diyaliz tedavisi, 2.344'ü periton diyalizi olmak üzere toplam 26.707 kronik böbrek yetmezliği hastasına uygulanmıştır. Diyaliz hizmetlerine ulaşılabilirliğin artırılması için Bakanlığımız, hasta sayısı 15'in üzerinde olan ilçelerde ve personeli yeterli olan hastanelerde diyaliz merkezleri açmaktadır. Daha önceden açılan diyaliz merkezlerine de cihaz takviyesi yapılmaktadır.

Organ ve Doku Nakli Hizmetleri

29.05.1979 tarih ve 2238 sayılı Organ ve Doku Alınması, Saklanması ve Nakli Hakkında Kanun'a istinaden; tedavisi doku veya organ nakli ile mümkün olan hastaların hayatini sürdürmek için, nakilleri gerçekleştirecek organ ve doku nakli merkezlerinin, organ ve doku kaynağı merkezlerinin ve doku tipleme ünitelerinin açılması, çalışması ve denetimi ile bunların bağlı olduğu kamu kurum ve kuruluşları ile özel kuruluşların uymak zorunda oldukları usul ve esasları düzenlemek, organ ve doku nakli hizmetlerinin yürütülmesinde uyulması gereken esasları belirlemek ve işlerlik kazandırmak amacıyla çıkarılan "Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği" 01.06.2000 tarih ve 24066 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. **Organ ve doku nakli hizmetlerinde gelişme:** Bakanlığımız 2000 yılından itibaren organ ve doku nakli hizmetlerini çağdaş düzeye ulaştırmak amacıyla çalışmalara başlamıştır. Bu hizmetle ilgili olarak; mevzuat eksikliği, ulusal düzeyde koordinasyon eksikliği ve toplumda organ bağıışı konusunda bilincin oluşmamış olması öncelikli sorunlar olarak tespit edilmiştir. Organ nakli çalışmalarının verimliliğini arttırmak, adaletli organ ve doku dağıtımını sağlamak amacıyla, tüm üniversitelerin, kamu ve özel sağlık kuruluşlarının katılımıyla Bakanlığımız koordinasyonunda ve denetiminde "Ulusal Organ ve Doku Nakli Koordinasyon Sistemi" kurulmuştur.

Ulusal Organ ve Doku Nakli Koordinasyon Sistemi'nin amacı; ülke genelinde organ ve doku nakli hizmetleri alanında çalışan tüm kurum ve kuruluşlar arasında gerekli koordinasyonu sağlamak, kısıtlı imkanlarla temin edilebilen bağıış organ ve dokuları, bilimsel kurallara ve tıbbi etik anlayışına uygun olarak, adaletli bir dağıtımla, en uygun hastalara, en kısa süre içerisinde naklini sağlamaktır.

Ulusal Koordinasyon Sisteminin yürütülmesi amacıyla Bakanlığımız bünyesinde Ulusal Organ ve Doku Nakli Koordinasyon Merkezi kurulmuştur. Bu merkeze bağlı olarak; Ankara, İstanbul, İzmir, Antalya, Adana ve Kayseri İllerinde de Bölge Koordinasyon Merkezleri kurulmuştur. Bakanlığımızca bölge merkezlerinin insan gücü ve teknik donanımı sağlanmış, personel eğitimleri yapılmıştır. Halkımızda organ bağıışı bilincinin oluşması amacıyla, Bakanlığımızca bağıış kampanyaları düzenlenmektedir. Organ bağıışı bilincinin oluşmasında öncelikle gençlerimiz hedeflenmiştir. Bu amaçla Milli Eğitim Bakanlığı ile birlikte Organ Bağıışı konulu Afiş ve Slogan Yarışması düzenlenmiştir. Bu yarışma ile ülkemizdeki 50.000 okula ve en az 15 milyon öğrenciye ulaşılması hedeflenmiştir.

Organ ve doku nakli hizmetlerinin geliştirilmesinde ülkemizde yaşam desteği veren reanimasyon birimlerinin sayılarının artırılmasının yanı sıra mevcutların yatak kapasitesi ve teknik donanımı ile buralarda çalışan sağlık personeli niteliğinin artırılmasına çalışılmaktadır. Bu çerçevede organ ve doku nakli yapan merkez sayılarının artırılması için gerekli destek sağlanmaktadır.

31.12.2003 tarihi itibarı ile itibarı ile Merkez Sayısı ; Böbrek Nakli Merkezi 23, Karaciğer Nakli Merkezi 13, Göz Bankası 9, Kemik İliği Nakli Merkezi 15, Kalp Nakli Merkezi 11'dir.

2003 yılında; 605 böbrek , 174 karaciğer , 23 kalp, 24 kalp kapağı, 9 pankreas, 1807 kornea, 498 kemik iliği ve 1 ince barsak nakilleri yapılmıştır.

Ülkemizin önemli bir ihtiyacı olan kemik iliği nakli merkezi Bakanlığımızca Ankara Numune Hastanesinde, 11 yataklı Kemik İliği Nakli Merkezi ile karşılanmıştır.

Bu merkezde, kuruluşundan buyana 123 otolog, 115 allojenik olmak üzere toplam 238 nakil

gerçekleştirilmiştir.

Kan ve Kan Ürünleri

Kan ve kan ürünlerinin temini, stoklanması ve istenildiğinde hizmete arzının tedavi hizmetleri içinde önemli bir yeri bulunmaktadır. Bu amaçla, 2857 sayılı "Kan ve Kan Ürünleri Kanunu" çıkarılmıştır. Bu kanun çerçevesinde "1-Kan ve Kan Ürünleri Danışma Kurulu, 2-Kan Merkezleri Bilimsel Komisyonu, 3-Aferez-Fotoferez Danışma Komisyonu, 4-Kordonkanı Bankacılığı Danışma Komisyonu oluşturulmuştur." 31.12.2003 tarihi itibarı ile ülkemizde 209 Kan Merkezi, 124 Kan İstasyonu faaliyet göstermektedir.

Diyabet-Obezite-Hipertansiyon Merkezleri

Yaşam kalitesini artırmak amacıyla Afyon,Aksaray, Balıkesir, Bartın, Edirne, Erzincan, Kahramanmaraş, Kayseri, Kırıkkale, Malatya, Mersin, Muğla, Nevşehir, Niğde, Ordu ve Van illerinde Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Merkezleri hizmete açılmıştır.

Özürlü Hizmetleri

Özürlüler için 18.03.1998 tarih 23290 sayılı Resmi Gazete Sağlık Kurulu Raporları Yönetmeliği" çıkarılmış, ayrıca, Bakanlığımız ile Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı işbirliği içerisinde "Özürlü Kimlik Kartı" çalışmaları yapılmıştır.

Amatem (Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Merkezleri)

Uyuşturucu madde kullanımının önlenmesi, bağımlı hale gelen kişilerin tedavisi ve topluma kazandırılması, başka insanları madde kullanmaya sevk etmelerinin önlenmesi ve ülkemizdeki uyuşturucu madde talebinin bu yolla azaltılması amacıyla, Bakanlığımızca bu alanda hizmet veren kurumların nitelik ve nicelik yönünden yeterliliğinin artırılması hedeflenmiştir. İstanbul, Elazığ, Samsun, Manisa AMATEM'e ilave olarak Adana ve Denizli AMATEM Merkezleri 2000 yılı başlarında, Ankara AMATEM (Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesine bağlı olarak) 2004 yılında hizmete açılmıştır.

İstanbul AMATEM bünyesinde, uçucu madde kullanan çocuklara yönelik olarak hizmet vermek üzere kurulan "Uçucu Madde Bağımlıları Araştırma ve Tedavi Merkezi" UMATEM bu konudaki faaliyetlerini sürdürmektedir.

II.BÖLÜM TEMEL SAĞLIK GÖSTERGELERİNDE GELİŞMELER

Bebek Ölüm Hızı

Türkiye'de bebek ölüm hızındaki en eski tespit, 1963 yılında, ülke genelinde yapılan Nüfus ve Sağlık Araştırmalarının ilkinde belirlenmiştir.

Bu tarihten itibaren günümüze kadar her beş yılda bir tekrarlanan Nüfus ve Sağlık Araştırmalarında bebek ölüm hızının önce hızlı sonra daha yavaş eğimli düşme trendinde olduğu görülmüştür. Bebek ölüm hızı, 1993'de binde 59.3, 1998'de binde 42.7, 2003'de de binde 38.3 olarak gerçekleşmiştir.

Ana Ölüm Hızı

Ana ölüm hızında da bebek ölüm hızındaki trende paralel gelişmeler görülmektedir. Ancak örneklem büyüklüğü nedeniyle ana ölüm hızını belirleme çalışmaları sık sık yapılamamaktadır. İlki 1974 yılında gerçekleştirilen çalışmada ana ölüm hızı yüz binde 208 olarak hesaplanmıştır. Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) tarafından yapılan çalışmada 1981 yılındaki ana ölüm hızı yüz binde 132 olarak yayımlanmıştır. Bakanlığımızca 1997-1998 döneminde ülke genelini temsil eden 53 ilimizdeki hastanelerin kayıtlarından gerçekleştirilen ana ölüm nedenlerinin belirlenmesi çalışmasında, ana ölüm hızı yüz binde 49.2 olarak hesaplanmıştır.

Kaba Doğum Hızı

Ülkemizde kaba doğum hızı giderek düşmektedir. Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planında yer alan Devlet Planlama Teşkilatı verilerine göre 2001 yılında kaba doğum hızı binde 21.7, 2003 yılında ise binde 20.9 olarak belirtilmektedir.

Kaba Ölüm Hızı

“Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı” nda Türkiye’de 2001 yılında kaba ölüm hızının binde 7.1, 2003 yılında binde 7.0 olarak belirtilmektedir.

Doğuştaki Beklenen Hayatta Kalma Süresi

2003 yılında doğuştaki hayatta kalma ümidi kadınlar için 71.0, erkekler için 66.4 yıl olup, ortalama 68.7 yıldır. 2004 yılı için yapılan tahminler; kadınlarda 71.2’ye, erkeklerde 66.6’ya, toplamda da 68.8’e ulaşılacağı yönündedir.

Nüfus ve Nüfus Planlaması

Cumhuriyetin ilanından sonra yeni Türkiye Devleti'nin önemle üzerinde durduğu konulardan biri de nüfus politikası olmuştur. Sürekli savaşlar ve ayrıca toplumumuzu içten çökerten bulaşıcı ve sosyal hastalıklar neticesi nüfusumuz büyük sarsıntı geçirmişti. Cumhuriyet'in ilk yıllarında 12,5 milyon olarak tahmin edilen nüfusumuz; ülke genişliği, siyasi, askeri ve ekonomik yönden az bulunmuştur. Bunun için nüfus artışı sağlayacak tedbirlerin alınması yoluna gidilerek; gebeliği önleyici ve çocuk düşürmeye yarar her türlü ilaç ve araçların yurtta imali, ithali ve satışı kanunla yasaklanmıştır. Sonraki yıllarda yapılan nüfus sayımlarındaki artışlar da iyimserlikle karşılanmıştır.

Türkiye’de bilimsel anlamda ilk nüfus sayımı 1927 yılında yapılmış, bu tarihten sonra ikinci sayım 1935’de uygulanmış ve bunu izleyen her beş yılda bir sayım yenilenmiştir.

Ülkemizde nüfus artışı istihdam yönünden önem arz etmektedir. Nüfus artış hızının yüksek olması sonucu iş gücü arzı da artmaktadır. Kalkınmanın bir ölçüsü olarak kabul edilen gelir artışı, artan gelirin kullanım şekli ve kişi başına dağılımı nüfus artışı ile ilişkilidir. Nüfus, milli gelirinkine yakın bir hızla arttıkça kişi başına gelir artışında kalkınmadan beklenen gelişme olmamakta, hızlı nüfus artışı, küçük yaştaki nüfusu artırdığından tüketim ihtiyacının büyümesine yol açmaktadır. İktisadi kalkınmaya katkısı bulunan insan gücünün niceliği ve niteliği, iktisadi refah seviyesi ile birbirine bağlıdır. Nüfus nicelik yönünden yatırımların miktarını ve dağılımını, nitelik yönünden kalkınma için gerekli insan gücünü sağlayan, dolayısıyla iktisadi gelişmeyi iki yönden etkileyen bir unsurdur. Bu anlayış içinde nüfus sorununda amaç; nüfusun yapısını iyileştirmek ve nüfus artış hızını iktisadi gelişmeyi güçleştirmeyecek ölçüde azaltmak olmalıdır.

2003 yıl sonu itibarı ile (DPT 2003 nüfus projeksiyonuna göre) 70.712.000 olarak tahmin edilen ülke nüfusu baz alındığında günümüzde bir hekime 765 nüfus düşmektedir.

Gayri safi Milli Hasıla (GSMH) İçinde Toplam Sağlık Harcamaları

Sağlık sigortası kapsamındaki nüfus 1995 de 41 668 000 kişi ile toplam nüfus içinde % 68.3 iken, 1999 da 56 017 000 kişi ile % 86.4 e ulaşmıştır. Genel bütçe rakamlarına bakıldığında, gayri safi milli hasıla içinde sağlığa ayrılan payın yıllara göre % 2.5-5 arasında olduğu görülmektedir. Ancak bunun yanında diğer kamu kaynaklarından da sağlığa ayrılan payın göz önünde bulundurulması gerektiği unutulmamalıdır.

III.BÖLÜM YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI

Kamu Hastaneleri : Tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri sağlık hizmetlerinin temel unsurlarından biridir. Bu alanda yataklı tedavi kurumları önemli bir yere sahiptir. Hastanelerde verilmekte olan sağlık hizmeti kalitesinin hasta beklentilerine uygun olması, hastaların modern tıp ve teknoloji imkanlarından yararlanarak en iyi şekilde teşhis ve tedavi edilmeleri, dolayısıyla hasta

memnuniyeti odaklı hizmet sağlanması hedef alınmalıdır.

Artan nüfusa paralel olarak hastane ve yatak sayıları da artırılmaktadır. Bunun doğal bir sonucu olarak da hastane hizmetlerinden faydalananların sayıları ve hizmetin kalitesi ile ilgili göstergelerde de anlamlı bir gelişme görülmektedir.

Diğer taraftan, kamu hastanelerinin aşırı merkeziyetçi yapıdan kurtarılarak verimlilik ve etkililik esaslarına dayalı, işletmecilik anlayışı ile hizmet veren, kendi gelirleri ile giderlerini karşılayabilen, gerekli personelini ihtiyaçlarına göre planlayan ve niteliklerine göre istihdam edebilen, piyasa koşullarında rekabet edebilen kurumlar haline getirilmesine imkan tanıyan özerkleştirme modelinin uygulanacağı bir sistem oluşturulması planlanmaktadır.

Kamu hastanelerinin idari ve mali yönden özerk bir yapıya kavuşturulması amacıyla işletme yönetimine geçiş için kanun hazırlıklarına devam edilmektedir. Mali açıdan kısmi özerkliğin ilk adımı olan Bütçe Kanunu'na dayalı olarak hastane döner sermayelerinden personele prim dağıtımını çalışması ile çalışanlar için performans dayalı yaptıkları işin ve döner sermaye katkılarının karşılığı ücretlendirme hedeflenmiştir. Bu çalışmalarda serbest çalışmayan hekimlere daha fazla katkı payı ödenerek, tüm mesailerini hastaneye vermeleri özendirilecektir.

31.12.2003 tarihi itibarı ile ülkemizde (M.S.B.'na bağlı hastaneler dahil) 1172 hastane 180797 yatak sayısı ile hizmet vermektedir.

2003 yılında ülkemizdeki hastanelerde (MSB hastaneleri hariç);

129.733.118 hasta muayene edilmiş, bunlardan 5.736.517'i yatarak tedavi görmüştür. Muayene olan hastaların %55'i, yatan hastaların %51'i Sağlık Bakanlığı hastanelerinde hizmet görmüştür. Aynı dönemde ülke genelinde yatak işgal oranı %61.9, bir hastanın ortalama kalış gün sayısı 5.8, hasta bazında yatak devir hızı 39.2, gün olarak devir aralığı 3.6, yatan hasta oranı %4.4, kaba ölüm oranı ise %1.6 olarak gerçekleşmiştir. Yine bir yıllık dönemde hastanelerimizde 1.065.986 büyük, 627.483 orta ve 511.031 küçük olmak üzere toplam 2.204.500 ameliyat, 788.206 doğum gerçekleşmiştir.

Sağlık Merkezleri : Nüfusun çoğunluğunu teşkil eden ilçe merkezlerindeki halkın, sağlık hizmetlerinden yararlandırılması için 1924'de 150 ve 1936 yılında da 20 ilçe merkezinde Muayene ve Tedavi Evleri açılmıştır. Daha sonra sağlık merkezlerine ve sağlık ocaklarına dönüştürülmüştür.

İlçe ve köylerdeki hastaların ilk muayene ve tedavileri için acil doğum ve operasyonlarını yapmak üzere nüfus yoğunluğuna ve ihtiyaca göre 5-25 yataklı sağlık merkezleri kurulması ele alınmıştır. Muayene ve Tedavi Evlerinin fonksiyonlarından daha geniş fonksiyona sahip sağlık merkezlerinin ilki, Atatürk'ün de yakın ilgisi ile 1937'de Etimesgut'da kurulmuştur.

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ile 1982 yılında yapılan bir değerlendirmeye, hizmet verimliliği düşük olan 2005 yatak kapasiteli 183 sağlık merkezinin yataklı fonksiyonu kaldırılarak hizmetleri tamamen koruyucu alana ayrılmıştır. İhtiyaca binaen 1990'lı yıllardan sonra yeniden hizmete açılmaya başlanan sağlık merkezleri 113 adete ulaştığı 2002 yılında yine birinci basamak sağlık hizmeti vermek üzere sağlık ocaklarına dönüştürülmüştür.

Özel Hastaneler :

Cumhuriyetin ilanından önce açılan özel hastaneler ile Cumhuriyetin ilk yıllarında açılan özel hastanelere 1931 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsat düzenlenmeye başlanmıştır. 2003 yıl sonu itibarı ile ülkemizde toplam 14700 yatak kapasitesi ile 272 özel hastane faaliyet göstermekte olup, bu hastanelerden 18 tanesi Vakıf ve Derneklere, 3'ü yabancılara, 5'i azınlıklara ve 246 tanesi de gerçek kişiler ve özel hukuk tüzel kişiliklerine aittir.

Sağlık sektörünün büyük ölçüde kamuda olan yükünü özel sağlık kurum ve kuruluşları ile paylaşmak, devlet ve özel sektör ayırımına bakılmaksızın sağlık alanında var olan tüm ülke kaynaklarının daha etkin ve verimli kullanılmasını sağlamak ve özel sektör tarafından sunulan sağlık hizmetinden devlet memurları ve emeklilerinin ve bakmakla yükümlü oldukları aile fertlerinin faydalanmasını sağlamak maksadıyla hazırlanan Teşhis ve Tedavi Amacıyla Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarına Hasta Sevkine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkındaki Tebliğ 30.05.2003 tarih ve 25123 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmesiyle hastalara hekim ve kurum seçme hakkı tanınmıştır.

IV.BÖLÜM

TEDAVİ HİZMETLERİ MEVZUATINDA GELİŞMELER

Bakanlığımızın çalışma alanlarından biri de görev alanına giren konularda ihtiyaç duyulan kanun ve diğer mevzuatın geliştirilmesi, yürürlükte olan ancak günün koşullarına cevap veremeyen mevzuatta gerekli değişikliklerin yapılmasıdır.

Üzerinde Çalışılan Mevzuat Tasarıları

Tıbbi Hizmetlerin Uygulamasından Doğan Sorumluluk Kanunu Tasarısı

Tıbbi hizmetlerde kaliteyi yükselterek, tıbbi kötü uygulamanın ortaya çıkmasının önlenmesi, sağlık kurum ve kuruluşlarında tıbbi hizmet kalite güvence bölümleri ve komisyonları oluşturulması, sağlık personelinin mezuniyet sonrası eğitimlerinin sağlanması ve sağlık personelinin tıbbi kötü uygulamalar sebebiyle verebilecekleri zararları karşılamak üzere bu Kanun Tasarısı hazırlanmış ve Başbakanlığa sevk edilmiştir.

Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Tasarısı

Sağlık Bakanlığı'nın modern bir anlayışa ve kaliteli ve etkin sağlık hizmeti sunmaya en elverişli hale getirilmesi için teşkilatını yeniden düzenlemek amacı ile bu Kanun Tasarısı hazırlanmış olup, nihai şekli verilen Taslak Bakanlıkların görüşüne sunulma aşamasındadır. Sağlık Akademisi Kanunu Taslağı çalışmaları devam etmektedir.

TEDAVİ HİZMETLERİNDE AB MEVZUATINA UYUM ÇALIŞMALARI

Türkiye ile Avrupa Birliği arasında yaklaşık 42 yıldır süren ortaklık ilişkisi, 10-11 Aralık 1999 tarihli Helsinki Zirvesi'nde ülkemize tanınan "Aday Ülke" statüsü ile netlik kazanmış, AB tarafından Türkiye için açıklanan "Katılım Ortaklığı Belgesi" ve buna istinaden Türkiye'nin yayımladığı "Ulusal Program" ile de yeni bir ivme kazanmıştır.

Ulusal Programın Bakanlığımızı ilgilendiren kısımları hazırlanarak Avrupa Birliği Genel Sekreterliğine iletilmiş ve "Avrupa Birliği Müktesebatının Üstlenilmesine İlişkin Türkiye Ulusal Programı" ile "Ulusal Programın Uygulanması, Koordinasyonu ve İzlenmesine Dair Bakanlar Kurulu Kararı" 24 Mart 2001 tarihli mükerrer 24532 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir.

Tıbbi Cihazlar; Bu başlık altında; Tıbbi Cihazlar, Vücuda Yerleştirilebilir Aktif Tıbbi Cihazlar ve İn Vitro Tıbbi Tanı Cihazları konularındaki düzenlemeler yer almaktadır.

Tıbbi Cihazlar ve Vücuda Yerleştirilebilir Aktif Tıbbi Cihazlar

Tıbbi cihazların piyasa gözetim ve denetimini yürütecek, tüketicinin sağlık ve güvenliğinin korunması amacıyla "Tıbbi Cihaz Yönetmeliği" 13 Mart 2002 tarihli Resmi Gazete'de, "Vücuda Yerleştirilebilir Aktif Tıbbi Cihazlar Yönetmeliği" ise 12 Mart 2002 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiş ve ülkemizdeki bu konudaki yasal boşluk doldurulmuştur. Böylece Bakanlığımız piyasaya sürülen Ayrıca piyasaya sürülen cihazların üzerine yerleştirilen CE uygunluk işareti; kullanıcılar ve üçüncü kişilere söz konusu ürünün temel sağlık şartlarına uygunluğunu göstermektedir.

Kişilerin Serbest Dolaşması

Ulusal Program çerçevesinde, kişilerin serbest dolaşımı konusunda Bakanlığımız sorumluluğunda uyumlaştırılması gereken on dokuz direktif bulunmaktadır. Bu direktifler, tıp doktorları, diş hekimleri, eczacılar, hemşireler ve ebelerin eğitimleri ve serbest dolaşımlarıyla ilgilidir. Bu çerçevede Tababet Uzmanlık Tüzüğü'ndeki uzmanlık eğitim süreleri, AB direktifinde belirlenen sürelerin de üzerinde hazırlanmıştır. Hekim dışı sağlık personelle ilgili uyum mevzuatı çalışmaları devam etmektedir.

V.BÖLÜM TEŞKİLAT YAPISI

Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Bilindiği üzere, bütün dünyada tıp, teknoloji ve bilim dalı olarak hızla gelişim göstermektedir. Bu gelişme, tıbbın bütün alanları ile doğrudan bağlantılı olan endüstri ve işletme alanlarında da görülmektedir. Bu alanlar, bütün ülkelerin sağlık politikalarının belirlenmesinde de önemli bir rol oynamaktadır.

Bu bağlamda, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü gerek kuruluşu ve gerekse işleyişindeki yoğunluk ve tıbbın her alanı ile olan birebir ilişkisinden dolayı; toplam kalite hizmetleri, tıbbî ürünlerin ruhsatlandırma ve standardizasyonu, biyomedikal mühendislik hizmetleri, organ ve doku nakli hizmetleri, kronik hastalıklar, geriatri hizmetlerini de yürütmektedir. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü kendisine verilen bu görevlerini yerine getirirken ileri ülkelerin sağlık sektörü anlayışında görülen gelişmeleri de dikkate alarak; ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin verimlilik ve etkililik esaslarına dayalı bir yönetim anlayışı ve kontrollü bir rekabet ortamı içerisinde sunulmasını sağlamak için bu amaçla kendisine ayrılan kaynakların en etkin şekilde ve rasyonel kullanılması ilkesiyle hareket etmektedir.

1936 yılında çıkarılan 3017 sayılı Kanunun 11.maddesinde bugünkü Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü hizmetini yürüten "İçtimai Muavenet İşleri Dairesi" yer almış, 4862 sayılı Kanunun 4.maddesi ile önce "Sosyal Yardım İşleri Genel Müdürlüğü" olarak, sonra 225 sayılı Kanunun 3.maddesi ile "Tedavi Kurumları Genel Müdürlüğü" ve daha sonra da 181 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile "Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü" adını almıştır. Ülkemiz sağlık hizmetlerinin modern anlamda bir devlet görevi olarak ele alınması, Milli Mücadele döneminde Ankara'da kurulan ilk Milli Hükümet bünyesinde 2 Mayıs 1920 gün ve 3 sayılı Kanunla, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın kurulmasıyla başlamıştır.

Milli Mücadele döneminde dar imkanlar içinde yürütülen sağlık hizmetleri 29 Ekim 1923'de Cumhuriyetin kurulmasıyla büyük ve başarılı bir gelişme göstermiştir. Bunda, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanı olarak 14 yıla yakın hizmet veren, Ulu Önder Atatürk'ün yakın arkadaşı büyük Devlet Adamı merhum Dr. Refik Saydam 'ın büyük ve unutulmaz çalışmalarının payı vardır.

1930 yılında çıkarılan 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu ile Bakanlığın görevleri belirlenmiş ve görevler arasında hastaların tedavi ve özellikle mahalli idarelere rehber olmak üzere örnek sağlık kuruluşları açması yer almıştır.

1936 yılında çıkarılan 3017 sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilat ve Memurin Kanunu ile Bakanlığın teşkilatı belirlenmiştir. Bu Kanunun 11. maddesinde bugünkü Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü hizmetini yürüten "İçtimai Muavenet İşleri Dairesi " yer almıştır.

1983 yılında çıkarılan 14.12.1983 gün ve 181 sayılı Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname' nin 10. maddesinde Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün görevleri şöyle belirlenmiştir:

a) Bakanlığa bağlı yataklı tedavi kurumları ile bu kurumlara bağlı sağlık kuruluşlarını açmak, kapasitelerini artırmak, mali idari ve teknik her türlü işlemlerini düzeltmek, takip etmek, yürütmek ve gerektiğinde bunları kapatmak.

b) Milli Savunma Bakanlığı'na bağlı yataklı tedavi kurumları dışında kalan genel ve katma bütçeli kamu kuruluşlarına, özel sektöre, yabancılara ve azınlıklara ait yataklı tedavi kurumlarına açılış ruhsatı vermek, gerekenlerin yatak ve tedavi ücret tarifelerini tesbit ve tasdik etmek, bu kurumların fiziki yapılarını tetkik etmek ve gerektiğinde çalışmalarını yasaklamak.

c) Memleketin ihtiyacı olan kan ve kan ürünlerini sağlamak için kan merkezi ve istasyonları açmak, açtırmak, denetlemek ve gerektiğinde kapatmak.

d) Bakanlıkça verilen benzeri görevleri yapmak.

Mali Kaynaklar

Genel Bütçe: Sağlık Bakanlığı ülkemizde koruyucu sağlık hizmetlerinin tek sunucusu, birinci basamak tedavi ve yataklı tedavi hizmetlerinin ise en yaygın sunucusu olması itibarı ile ülkenin tüm sağlık hizmetlerinin sunumunda tartışmasız en büyük paya sahiptir. Buna rağmen diğer

ülkelerle karşılaştırıldığında Sağlık Bakanlığı'na ayrılmış mali kaynaklar çok düşüktür. Bakanlığın konsolide bütçe içindeki payı Cumhuriyetin kuruluşundan bu yana %2.2 ile % 4.7 arasında değişmektedir. 2003 yılında da Bakanlık bütçesinin Genel Bütçedeki payı (3.5 katrilyon TL) %2.4 olarak gerçekleşmiştir. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün bakanlık bütçesine oranı ise %38'dir. Bakanlığımızın son dört yıllık bütçe harcamaları incelendiğinde ayrılan payın ortalama %79'unun Personel Giderleri, %8'inin yatırım giderleri, %8'inin transfer giderleri, %5'inin ise diğer cari giderler için harcadığı görülmektedir.

Ek Kaynaklar (3418 Sayılı Kanun Gelirleri): Kanunun amacı; eğitim, gençlik, spor ve sağlık hizmetlerinin daha iyi yürütülmesi için ilave kaynaklar temin edilmesidir. Bu kanun 31 Mart 1988 tarih ve 19771 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğü girmiştir. Kanun'un 39. maddesi (a) ve (b) bentleri ile Bakanlığımıza sağlanan ek kaynağın etkin bir şekilde ve en uygun yerlerde kullanılması amacıyla Bakanlığımızca "3418 Sayılı Kanun'un 39'ncü Maddesi ile Bakanlığımıza Sağlanan Ek Kaynağın Kullanılmasına İlişkin Yönerge" hazırlanarak 10.01.1995 tarihinde yürürlüğe konulmuştur. Kanun 4684 Sayılı "Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun" ile değişikliğe uğramış olup, 39/b maddesi yürürlükten kaldırılarak aynı maddenin 39/a bendi kapsamına alınmıştır. 3418 sayılı kanun gelirlerinden Bakanlığımıza sağlanan ek kaynağın büyük bir bölümünün, 16.08.1997 tarihli 4306 sayılı kanunla, sekiz yıllık kesintisiz eğitim hizmetlerinde kullanılmak üzere Milli Eğitim Bakanlığı'na tahsis edilmiş olması nedeniyle gelirlerde büyük düşüş olmuştur.

Bakanlığımızın bu durumu dikkate alınarak Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı ve Milli Eğitim Bakanlığı'nın ortak çalışmalarıyla Hükümet Tasarısı haline gelen kanun teklifi Türkiye Büyük Millet Meclisi'ne sevk edilmiştir. 10 Temmuz 2001 tarih ve 24458 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan 29.06.2001 tarih ve 4702 sayılı Kanun ile Bakanlığımıza ayrılan payın artırılması sağlanmıştır.

Döner Sermaye(Yataklı Tedavi Kurumları) Gelirleri:2003 yılı sonu itibarıyla yataklı tedavi kurumlarımızın döner sermaye toplam geliri 2 katrilyon 905 milyardır.

Yatırımlar

Tamamlanan Yatırımlar; Önceki yıllarda yatırım programına alınan sağlık tesislerinin, zamanında kaynak bulunamaması ve inşaatlarının sürmesi nedeniyle, 2000, 2001 ve 2002 yıllarında, yatırım programında çok az sayıda yeni yatırım planlanmıştır. Bunun yerine, inşaatları devam edenlerin tamamlanmasına öncelik verilmiş olup, 1999-2002 yılları arasında 608 sağlık tesisinin inşaatları tamamlanmıştır.

Planlanan sağlık tesislerinin zamanında faaliyete geçirilebilmesi için Bakanlık bütçesinden yatırımlar için ayrılan payın düşük olması nedeniyle Bakanlığımıza tahsis edilen 3418 Sayılı Kanun gelirlerinden ek katkı sağlanmıştır.

Devam Eden Yatırımlar: Halen 193 yataklı tedavi kurumu yatırım programında olup fiziki gerçekleşme düzeyleri %70 ve üzerinde olan 86 adet devlet hastanesinin 2004 yılında bitirilmesi planlanmaktadır.

Sağlık alanına ayrılan kaynakların yetersiz olması, mevcut kaynaklarda koordinasyon eksikliği, organizasyon bozukluğu, rasyonel olmayan yatırımlar, makine ve teçhizat eksiklikleri ve istihdam politikasındaki yanlışlıklardan dolayı, bazı yerlerde kapasite yetersiz kalırken, bazı yerlerde de atıl kapasitenin söz konusu olduğu dikkate alınarak, mevcut yatırımların yeniden değerlendirilmesine yönelik çalışmalar yapılmıştır.

"Sağlık Bakanlığı'na Ait Hastanelerin Yatırım Esaslarının Tespitine Dair Yönerge" doğrultusunda, 2003 yılı yatırım programına teklif edilecek olan yataklı tedavi kurumu yatırımlarının rasyonel kriterler çerçevesinde belirlenebilmesi ve yatırım programında yer alan ve henüz ihalesi yapılmayan yatırımların değerlendirilmesi için Bakanlığımızda bir komisyon kurulmuştur. Bu Komisyon çalışmaları sonucunda 2001 yılı yatırım programında yer alan tahmini 100 trilyon Türk Lirası tutarındaki 32 adet hastane, 80 sağlık evi ile 20 sağlık ocağı, kaynakların rasyonel kullanımı açısından yatırım programından çıkarılmıştır. 1994 yatırım programına alınan Ankara İli'nin acil ihtiyacı olan 400 yataklı Ankara Acil Yardım ve Travmatoloji Hastanesi'nin de 2001 yılı Aralık ayında Bakanlığımızca ihalesi yapılmış olup, 2002 yılında fiilen inşaatı başlatılan bu hastane Eylül 2003 'de hizmete açılmıştır.

Onarım Faaliyetleri:Türkiye genelinde Bakanlığımıza ait sağlık tesislerinin modernizasyonu ve onarımları için illerden gelen keşif özetleri ve ödenek talepleri, teknik elemanlarca işlem ve usûl yönünden incelenerek, uygun görülenler bütçe imkanları göz önünde tutularak değerlendirilmiş ve bu amaçla; şartları uygun görülen tüm sağlık kurum ve kuruluşlarının bakım ve onarım işleri için keşif, yeterlilik, ihale, kontrol, kabul ve kesin hesap çalışmaları yapılmıştır.

İnsan Kaynakları

Sağlık hizmetlerinin yurt düzeyinde eşit bir şekilde verilebilmesi yeterli sayıda ve nitelikte insan gücünün istihdamı ile mümkündür. Bölgeler arası dengesizliklerin azaltılması ve sağlık kurumlarının doluluk oranlarının artırılması Bakanlığımızın önem verdiği konulardandır. Ülke genelindeki sağlık personeli doluluk oranları incelendiğinde özellikle hekim dışı sağlık personeli istihdamında sorun olduğu görülmektedir.

Ülkemizde 2002 yılsonu itibarı ile; 43.660 Uzman Hekim, 51.530 Pratisyen Hekim, 17.108 Diş Tabibi, 22.322 Eczacı, 79.059 Hemşire, 41.513 Ebe, 49.324 Sağlık Memuru görev yapmaktadır.

Son yıllarda sağlık personeli ile ilgili kadro ihdası yapılamaması doluluk oranlarını azaltmış ve sağlık hizmeti sunumunda önemli sorunlara neden olmuştur. Bakanlığımızın girişimleri ile 13.06.2000 tarihinde, 4576 sayılı Kanunla, 37.547 kadro ihdası sağlanmıştır.

İhdas edilen bu kadrolardan %40'ının kullanımına izin verilmiş, kalan %60'ı ise norm kadro çalışmalarının sonuçlanmasına bağlanmış olduğundan, ilk aşamada izin verilen 10.000 kişinin ataması kalkınmada öncelikli bölgelere yapılarak bu bölgelerin ihtiyacı büyük ölçüde karşılanmıştır.

Yine yapılan çalışmalar sonucunda, 2001 yılında, Döner Sermaye Teşkilatında istihdam edilmek üzere 9.122 kadro daha ihdas edilmiş ve 4.531 kişinin ataması yapılmıştır.

1999-2002 yılları arasında yapılan tüm bu iyileştirme çalışmalarına rağmen Bakanlığımız kurum ve kuruluşları halen sağlık personelinde ortalama %60 civarında doluluk oranı ile sağlık hizmeti sunmaktadır.

Atama ve Nakil Yönetmeliğinde yapılan düzenlemelerle ilk atamalarda öncelik 'kalkınmada öncelikli yörelere' verilmiştir. Bunun sonucunda, özellikle uzman hekim doluluk oranlarında önemli artışlar kaydedilmiştir.

Hizmete yeni açılan ve kapasitesi arttırılan sağlık kurum ve kuruluşlarına rağmen bu dönemde sağlanan kadro ihdas çalışmaları sonucunda bölgesel farklılıkların giderilmesi yanında sağlık personeli doluluk oranlarında ülke düzeyinde iyileşme gözlenmektedir.

Marmara bölgesi nüfusun en kalabalık olduğu bölge olup nüfusunuzun %26'sı bu bölgede yaşamaktadır. Buna bağlı olarak yatak kapasitesinin %24'ü bu bölgede olduğundan uzman hekimlerin %28'i de bu bölgede istihdam edilmektedir. Buna karşılık uzman hekimin en az olduğu bölge %5 ile Doğu Anadolu Bölgesidir. Bu bölgede yatak kapasitesi %9 olup bölge nüfusu da toplam nüfusun sadece %9'udur.

Bölgeler arası yatak kapasitesi ve personel istihdamı açısından farklılıklar değerlendirilirken bölgenin nüfus özellikleri de göz önünde bulundurulmalıdır.

Yetki Devrine İlişkin Düzenlemeler

Yerinden yönetim ilkesinin hayata geçirilmesi amacıyla atama ve özlük işleri Bakanlık merkezinden yürütülen personele ait bazı işlem ve onay yetkilerinin bir kısmı 28.11.2001 tarihli Genelge ile 01.01.2002 tarihinden itibaren Valiliklere devredilmiştir. Yetki devrinin gerçekleşmesi ile birlikte taşra teşkilatı ile merkez teşkilatı arasındaki evrak sirkülasyonunda ve neticede Bakanlık merkez teşkilatının iş yükünde önemli bir azalma olmuştur. Böylece, zaman ve emek israfı önlenerek personel istihdam plan ve programlarının gerçekleştirilmesine imkan sağlanmıştır. Henüz tasarı halinde bulunan Kamu Yönetimi Reformu çerçevesinde yapılacak değişikliklerle Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatı, nüfusu 10 binin altında bulunan yerleşim yerlerinde il özel idarelerine, nüfusu 10 binin üzerinde olan yerlerde ise belediyelere devredilecektir. Böylece Cumhuriyet tarihinin en kapsamlı yetki devrinin gerçekleşmesi ile yıllarca işlerin yoğunluğu

içersine bunalan merkezi idare gerçek misyonunu üstlenerek araştırma, projeler üretme, geliştirme ve standart belirleme görevlerini yerine getirebilecektir.

Norm Kadro Çalışmaları

Başbakanlık genelgesi doğrultusunda teşkil edilen teknik çalışma grubu tarafından başlatılan Norm Kadro çalışmalarının bilimsel esaslar çerçevesinde yürütülebilmesi için ilgili kuruluşlarla protokol yapılmış olup, bu çalışmaların sonucunda Bakanlığımız personelinin görev tanımları, iş analizleri yeniden yapılmış ve bu düzenlemeye bağlı olarak birimlerin görev, yetki ve sorumlulukları ile istihdam edilecek personelin nitelik ve sayıları gerçek ihtiyaçlara göre belirlenecektir.

Personel Hareketleri

Atama ve nakillerin dönemler halinde yapılması ile ilgili yasal düzenleme yapılmış olup yılda bu konudaki işlemler mazeret durumları hariç yılda iki defa yapılması uygulamasına geçilmiştir. Bu uygulama ile personel hareketlerinde dikkate değer azalma sağlanmıştır.

3413 sayılı Kanun gereğince Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu'nca yetiştirilen ve korunan çocukların istihdamı amacıyla yapılan sınav sonucunda sınavı kazanan 63'ü sağlık ve yardımcı sağlık hizmetleri sınıfında olmak üzere çeşitli hizmet sınıfı ve unvanlarda toplam 248 kişinin ataması yapılmıştır.

Yine, 2001 yılı içerisinde, 50 adet sağlık hizmetleri, 90 adet genel idare hizmetleri ve 400 adet yardımcı hizmetler sınıfında olmak üzere toplam 540 özürlü personelin istihdamı amacıyla sınav yapılmış olup, sınavı asil olarak kazananların atamaları yapılmıştır.

Klinik şef ve şef Yardımcısı Atamaları; Tababet Uzmanlık Yönetmeliğinde yapılan değişikliklerle eğitim hastanelerindeki eğitim personeli kalitesine olumlu katkılar sağlamak amacıyla doçent ve profesörlerin sınavsız klinik şefi ve klinik şef yardımcısı olarak atanmalarına imkan sağlanmıştır.

Görevde Yükselme Eğitimi Sonucunda Yapılan Atamalar; Bakanlık personelinin, ilk defa liyakat ve kariyer kriterleri esas alınarak unvanlı kadrolara atanmalarını sağlamak amacıyla yürürlüğe konulan Görevde Yükselme Yönetmeliği hükümlerine göre ilan edilen müdür, şube müdürü ve daha alt unvan ve kadrolara, Bakanlığımızca yapılan hizmet içi eğitim sonucunda başarılı olan adaylardan, Milli Eğitim Bakanlığına bağlı Ölçme Değerlendirme ve Yerleştirme Merkezi (ÖDYM) tarafından, 24.9.2000 tarihinde yapılan sınavda başarılı olan 657 kişinin atamaları 2001 yılı içerisinde tamamlanmıştır.

Sözleşmeli Sağlık Personeli Atama ve Nakil Yönetmeliği; Bu Yönetmelik, 10/7/2003 tarihli ve 4924 sayılı Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması İle Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanununun 4 üncü maddesine dayanılarak ve Devlet Personel Başkanlığının uygun görüşü alınmak suretiyle hazırlanmıştır.Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarında istihdam edilecek sözleşmeli sağlık personelinin atama ve nakline ilişkin usul ve esasları belirlemek amacıyla düzenlenmiş ve 02.09.2003 tarih ve 25217 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanmıştır.

Performans ve Motivasyonu Artırıcı Çalışmalar

Döner Sermayeden Ek Ödeme; Bakanlığımız, verilen sağlık hizmetlerinin daha etkin, süratli, verimli bir şekilde sunulması için tesis kurmak ve bu tesisleri cihazlarla donatmanın yanında hizmet organizasyonu ve koordinasyonunu sağlayan en önemli faktörün insan olduğu düşüncesiyle, taşra kuruluşlarında görev yapan sağlık çalışanlarının döner sermaye uygulamasıyla gelirlerini arttırarak, personel motivasyonu ve hizmette verimliliği sağlamıştır.

Sosyal Yardım Ödeneği : Bakanlık Merkez personelinin sosyal haklarında iyileştirilmeler yapılmış, Merkez ve Taşra Personeli arasındaki ikilem asgariye indirilmiş, personel motive edilerek hizmette verimlilik sağlanmıştır. Bakanlık Merkezinde hizmetleri yönlendiren ve standart koyan Merkez Teşkilatı Personeli bu uygulamadan yararlandırılmamıştır. Söz konusu bu ikilemi

ortadan kaldırmak, merkez personeli motive etmek ve verimliliklerini arttırmak amacıyla 24.03.1988 tarih ve 3418 sayılı Kanun'un 39.uncu maddesi gereğince tahsil edilerek Bakanlığımız hesabına aktarılan ek kaynaktan "Bakanlık Merkez Teşkilatı Personeline Sosyal Yardım Ödeneği Verilmesine Dair Yönerge" hazırlanarak Bakanlık Makamı'nın 21.06.2001 tarih ve 2234 sayılı onayı ile yürürlüğe konulmuş ve Merkez Personeline

Sosyal Yardım Ödeneği verilmeye başlanmıştır.Daha sonra bu yardım, 2003 Mali Yılı Bütçe Kanununda ;

"ş) 1.4.2003 tarihinden geçerli olmak üzere Sağlık Bakanlığına bağlı döner sermaye işletmeleri; sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, kaliteli ve verimli hizmet sunumunun teşvik edilmesi, sağlık kurum ve kuruluşlarının kendi imkanlarıyla karşılayamadıkları ihtiyaçlarının giderilmesi, eğitim, araştırma ve geliştirme faaliyetlerinin desteklenmesi ve Bakanlık merkez teşkilatında görev yapan 14.7.1965 tarihli ve 657 sayılı Kanuna tabi personele ek ödemede bulunulması amacıyla Bakanlıkça yapılacak giderlere iştirak etmek için aylık gayri safi hasıllardan tahsil edilen tutarın % 1'ini Sağlık Bakanlığı Merkez Döner Sermaye Saymanlığı hesabına aktarırlar. Bu hesapta toplanacak tutarların dağılım ve sarfına ilişkin kriterler ile personele yapılacak ek ödemelerin oran, usul ve esasları Maliye Bakanlığının uygun görüşü üzerine Sağlık Bakanlığınca belirlenir."şeklinde değiştirilerek 31.03.2003 tarih ve 25065 sayılı Resmi Gazete'nin mükerrer sayısında yayınlanmıştır.

Memurların Özel Hastanelerden Yararlanması

Memurların özel sağlık kurum ve kuruluşlarının verdiği tedavi hizmetlerinden yararlanmasına ilişkin olarak, önce, Devlet Memurlarının Tedavi Yardımı ve Cenaze Giderleri Yönetmeliği, daha sonra da, 657 sayılı Kanunun 209. maddesi değiştirilmiştir. Bu düzenlemelerden sonra, 30.5.2003 tarihli Resmi Gazetede "Teşhis ve Tedavi Amacıyla Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarına Hasta Sevkine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ"i yayınlanmıştır. Bu tebliğ sonrasında Sağlık Bakanlığınca 05.06.2003 ve 15.08.2003 tarihli olmak üzere iki adet, Maliye Bakanlığınca da 05.06.2003 ve 09.09.2003 tarihli olmak üzere iki adet genelge yayımlanmıştır. Özellikle son genelgelerde sevk zincirine ve yapılacak indirimlere ilişkin bazı değişiklikler yapılmıştır.

VI.BÖLÜM TEDAVİ HİZMETLERİNDE MEVCUT DURUM

Türk toplumunun sağlık düzeyini yükseltmek, gelecek nesillerimizin daha iyi şartlarda yetişmesini sağlamak, ülkemizin en büyük özlemidir. Bu amacı gerçekleştirmek için kurulan Sağlık Bakanlığı'nın görevi, vatandaşımızın sağlıklı bir ortamda yaşamasını sağlamak, ona sağlığını koruma bilinci vermek ve bunun için gerekli politikaları belirlemek, bunları uygulamaya koymak ve bu uygulamaları denetlemektir.

21'nci yüzyılda sağlık hizmetlerinde temel yaklaşım; nüfusun giderek yaşlanması ve değişen hasta beklentilerini de dikkate alarak, hizmet sunduğumuz toplumu daha gerçekçi bir gözle tanımamızı, sorunları doğru olarak belirlememizi ve akılcı politikalar geliştirmemizi zorunlu kılmaktadır.

Günümüzde Bakanlığımıza bağlı yataklı tedavi kurumlarının yatak kapasitelerine göre "Hastanelerde bulunması gereken Tıbbi Cihaz Standardı" oluşturulması ve yoğun bakım ünitelerinin modernleştirilmesi çalışmaları devam etmektedir. Ülkemizin mevcut sağlık potansiyelini tespit etmek ve bu tespitler sonucunda elde edilen veriler ışığında kıt kaynakların verimli ve etkin bir şekilde kullanımını temin etmek, gerek özel sektör ve gerekse kamu sektöründe yapılacak sağlık yatırımlarını en uygun ve en kısa sürede hizmete katılımını sağlamak amacıyla, Sağlık Bakanlığına bağlı tüm kurum ve kuruluşlarının yanında, SSK Sağlık İşleri Genel Müdürlüğüne bağlı hastane ve dispanserleri, üniversitelere bağlı hastane ve sağlık kuruluşlarını,

kamuya ait sağlık kurum ve kuruluşlarını, vakıf ve derneklere ait sağlık kurum ve kuruluşlarını, özel sektöre ait hastane, sağlık merkezi, dal merkezleri ve poliklinikleri de kapsayan **Türkiye Sağlık Envanteri Çalışması** yapılmıştır.

Yeşil Kart Hizmetleri: Hiçbir sosyal güvenlik kurumunun güvencesi altında bulunmayan ve Türkiye'de ikamet eden vatandaşların Türkiye'deki yataklı tedavi kurumlarında yatarak görecekleri tedavi hizmetlerini ve bu hizmetler için yapılacak her türlü masrafların ödenebilmesi amacıyla 3816 sayılı " Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşilkart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun" ile bir düzenleme yapılmıştır. Genel sağlık sigortasına geçilmesiyle birlikte bu uygulamaya son verilmesi planlanmaktadır. 31.12.2003 tarihi itibarı ile (2003 yıl ortası nüfusu 70.877.000 olarak baz alındığında) ülke nüfusunun %18,7 'sine tekabül eden toplam 13.296.098 kişi yeşilkart hizmetinden yararlanmakta olup yatarak tedavi görenlerin sayısı ise uygulamanın başladığı 1992 yılından bu yana 11 milyon 375 bin kişi olarak gerçekteşmiştir.

Hastanelerde Vardiya Uygulaması

Bakanlığımıza bağlı yataklı tedavi kurumlarında verilmekte olan sağlık hizmetlerinin daha etkin, dengeli, kolay ulaşılabilir, kaliteli, çağın ve modern tıbbın gereklerine uygun ve halkımıza yaraşır bir düzeyde sunulması hedeflenmiştir.

1999 yılında vardiyalı sisteme 13 hastane ile başlanmış, 2000 yılında 41, 2001 yılında 9 ve 2002 yılında 3 hastane sisteme dahil edilmiştir.

Vardiyalı çalışma sisteminin amacı;

. Poliklinik, laboratuvar, röntgen ve görüntüleme merkezleri gibi muayene ve teşhis ünitelerinde yoğun hasta talebinin zamanında karşılanması,

. Aşırı yığılmaların önlenmesi,

. Hekimlerimizin hastalarına yeterince zaman ayırabilmeleri,

. Mesai saatleri dışında uzman düzeyinde sağlık hizmeti verilmesi,

. Başka kurumlara sevklerin asgariye indirilmesi,

. Yüksek maliyetli yatırımlar gerektiren Röntgen, MR, Tomografi gibi ileri teknolojili ünitelerin âtil durumdan kurtarılarak daha verimli çalıştırılması,

. Uzman ve nitelikli sağlık insan kaynaklarından optimum düzeyde yararlanılmasıdır.

Bu sistemi oluşturmak için; Öncelikle, metropol illerimizdeki aşırı hasta yığılması ve birikimlerinin önlenmesi, hastanelerimizde kesintisiz sağlık hizmeti verilmesinin sağlanması amacıyla "Vardiyalı Çalışma Esasları Hakkında Yönerge" yürürlüğe konulmuş, 03.07.1999 tarihinden itibaren ilk aşamada 13 hastanede vardiyalı çalışma sistemi uygulaması başlatılmıştır. Daha sonra çeşitli tarihlerde personel ve fiziki şartları uygun olan hastanelerin vardiyalı çalışma sistemine geçmesi sağlanmıştır.

Vardiyalı Çalışma Sistemi Uygulayan Bazı Hastanelerin İzlenmesi Sonucunda; 5 ildeki 13 yataklı tedavi kurumunda gerçekteştirilen "Hasta Memnuniyeti" ve "Çalışan Memnuniyeti" araştırması sonuçlarına göre; vardiya saatlerindeki hastaların % 68 gibi yüksek bir oranının yüksek öğrenimli olduğu, meslek gruplarına göre dağılımlarda ise % 36,5 gibi bir oranla devlet memurlarının yer aldığı tespit edilmiştir.

Vardiya saatinde 2., 3. ve 4 üncü defa gelen hastalar % 46'lık bir oranı oluşturmaktadır. Bu ise artık ülkemizde "Vardiya Saatinde Muayene" bilincinin oluşmaya başladığını ve çalışma saatlerindeki iş kayıplarının önlenmesinde önemli katkılarının olduğunu göstermektedir.

Tüm bu çalışma ve memnuniyet sonucunda yataklı tedavi kurumlarımıza vardiyalı çalışma sistemi ile yansıyan bilgiler ise şunlardır;

. Hizmet sunan polikliniklerin % 31'i,

. Laboratuvar tetkik ve analizlerinin % 18'i,

. Görüntüleme merkezlerinde sunulan hizmetlerin (MR, Tomografi, Ultrason vb.) % 22'si,

. Döner sermaye gelirlerinin ise % 15.9'u, Vardiyalı çalışma saatlerinde (16:00-24:00 arası) gerçekteştirilmiştir.

Vardiya hizmetlerinden yararlananların % 91.3 sıra beklemedikleri, %83.7'si hekimlerin kendilerine

daha uzun zaman ayırdıklarından dolayı vardiya uygulamasından memnuniyetlerini belirtmişlerdir. Şimdiki durumda vardiya uygulaması hastane yönetiminin insiyatifine bırakılmıştır.

Hasta Hakları Uygulamaları

Hasta Hakları Uygulamalarının planlanması, değerlendirilmesi, uygulanması ve denetlenmesi amacıyla 5 Kasım 2003 tarihinde Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde Hasta Hakları Şubesi kurulmuştur.

Kurumlarımızda sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak, insan onuruna yakışır bir biçimde sunulmasını sağlamak, hasta hakları ihlallerini önlemek amacıyla 15 Ekim 2003 tarihinde "Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Yönerge" yayımlanmış olup pilot uygulama için 38 ilde 60 devlet hastanesinde Hasta Hakları Kurulları oluşturularak Hasta Hakları Birimleri kurulmuştur. Bu hastanelerde görev yapan 120 ilgili personele hasta hakları konusunda hizmetiçi eğitim programı uygulanmıştır. Eğitim programları kitap haline getirilerek tüm illere gönderilmiştir. Pilot uygulama sonunda Bakanlığa bağlı bütün hastanelerde uygulamaya geçilecektir. Hastaların ve hasta hakları birim sorumlularının kullanımına yönelik olarak Bakanlık Web sayfasında Hasta Hakları Şikayet Bildirimi bölümü açılmıştır.

Merkezi Yatış Sistemi

Bakanlığımıza bağlı hastanelerde aynı dalda birden fazla kliniği ve uzman tabibi bulunması durumunda; mevcut yatakların hekimlere paylaştırılmaksızın kurum ve servis bazındaki tüm yatakların etkin bir şekilde kullanılması, boş yatakların atıl durumdan kurtarılması amacıyla yapılan düzenleme ile;

Hastanelerin Hasta Kabul Birimlerinde; kurumdaki tüm yatakların her durum ve şartta bilgisayar ortamından izlenebileceği bir "Merkezi Yatış Sistemi" kurulması ve hastaların boş yataklara bir sıra dahilinde bu merkezden yatırımları öngörülmüş olup, uygulamaya 20.02.2002 tarih ve 3699 sayılı genelge uyarınca tüm kurumlarda geçilmiştir.

Hastanelerde Özel Sağlık Hizmetleri Uygulaması

Bakanlığımıza bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri ile en az 100 yataklı hastanelerde mesai saatleri dışında, isteyen hastalara özel sağlık hizmeti verilmesine ilişkin usul ve esasların belirlenmesi amacıyla hazırlanan "Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Hastanelerde Özel Sağlık Hizmetleri Verilmesine Dair Yönerge"04.03.2002 tarihinde yürürlüğe konulmuştur.

Amaçlar;

Kuruluş, donanım ve işletme giderleri yönünden yüksek maliyetleri gerektiren Hastanelerimizdeki atıl kapasitenin harekete geçirilmesi,

Ameliyathane, doğumhane, röntgen, MR, tomografi gibi ileri tıp teknolojisi gerektiren hizmet birimleri ile uzman tabip, hemşire, sağlık teknisyeni gibi nitelikli sağlık insangücünden optimum düzeyde yararlanılması,

Sağlık personeline, verdikleri hizmetin özelliğine göre belirlenmiş, adil kuralları olan bir ek ödeme sisteminin uygulanması,

Bu şekilde sağlık personelinin motivasyonunun ve memnuniyetinin hasta ve hekim arasındaki para ilişkisinin önüne geçilmesidir.

Özel Sağlık Hizmetleri uygulamalarının ilk aşaması 28 ilde, 31'i Eğitim ve Araştırma Hastanesi olmak üzere toplam 59 hastanede pilot uygulama olarak başlatılmıştır.

Kan Ürünleri Reçetesi Uygulaması

Ülkemizde üretilmediği için yurtdışından ithal edilerek hastalarımızın ihtiyacı karşılanan kan ürünlerinin (faktörler, human albuminler, immunoglobulinler) fiyatları diğer ilaçlarla kıyaslandığında çok yüksek miktardadır.

Pahalı olan kan ürünlerinin reçetelenmesinde yaşanan suistimalleri önlemek, kan ürünlerinin satış ve kullanımını kontrol altında tutabilmek, hemofili hastalarını tespit etmek, hastaların kullandıkları kan ürünlerini takip edebilmek, kullanılan kan ürünlerinden dolayı oluşabilecek sorunlar karşısında

kullanılan kan ürününü, bu kan ürününü kullanan hastalar, reçeteyi yazan hekim, ilacı veren eczane ve kan ürünü ithal eden firmaya ulaşmak gibi geriye dönük çalışmalar yaparak hızla çözüme ulaşmak amacıyla Bakanlığımız 2001 yılında **Hemofili Takip Karnesi** uygulaması başlatmıştır.

Bu uygulamanın başlamasından sonraki 6 ay içerisinde kan ürünü ithalatında ve kan ürünü kullanımında önemli ölçüde azalma olduğu görülmüştür. 2001 yılı itibarıyla toplam 945 hemofili hastasına Hemofili Takip Karnesi verilmiştir.

Bölge Tabanlı Sağlık Hizmeti Uygulaması

Bağlı nüfusu 10.000'i aşan sağlık ocaklarında 01.11.2001 tarihinden itibaren bölge tabanlı hizmet uygulaması başlatılmıştır. Bu uygulamaya göre sağlık ocağı bölgesi; ortalama 5.000 nüfusa hitap eden alt bölgelere, görevli personel de her bir alt bölgeden sorumlu ekiplere ayrılmıştır. Ekiplerin, en az bir hekim, bir hemşire ve iki ebeden oluşması öngörülmüştür. Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile tedavi hizmetleri bu ekipler tarafından bölge tabanlı olarak bir bütün olarak verilecektir. Bu uygulamaya 39 ilde tamamen, 22 ilde ise kısmen olmak üzere toplam 648 sağlık ocağında geçilmiştir.

Toplam Kalite Çalışmaları

Sağlık Bakanlığına bağlı yataklı tedavi kurumlarında sunulan hizmetlerin ve yürütülen faaliyetlerin, Toplam Kalite Yönetimi anlayışı ile; kalite, güven, yüksek verim, motivasyon, süreklilik, rekabet, ekip anlayışı ve kalite kültürü içinde yürütülmesine ilişkin usul ve esasları düzenlemek amacıyla "Yataklı Tedavi Kurumları Kalite Yönetimi Hizmet Yönergesi" hazırlanmış ve bu çerçevede 15 kurum ISO 9000 Kalite Güvence Belgesi almış, 28 kurumun TSE ile görüşmeleri devam etmektedir. Ayrıca 121 kurumda Yönerge çerçevesinde konseyler oluşturulmuş, eğitim ve belgelendirme çalışmaları için hazırlık yapılmaktadır.

Bakanlığımız kurumlarınca yürütülmekte olan bu çalışmalar kapsamında, söz konusu faaliyetlerin desteklenmesi amacıyla, Toplam Kalite Yönetiminin kurum bünyelerine yerleştirilmesi sürecinde yapılacak olan harcamaların döner sermayeden karşılanması uygulaması getirilmiştir.

Kurumlarımızın kalite yönetimi uygulamalarına standart getirmek amacıyla, "TS EN ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemleri Danışmanlık-Eğitim Hizmetleri Satın Alınması Teknik Şartname" ve "Kalibrasyon Hizmetleri Satın Alınması Teknik Şartnamesi" ile "ISO 9001:2000 Kalite Güvence Sistemi Uygulama Kılavuzu" hazırlanmıştır.

Kalite yönetimi uygulamalarının gerçekleştirilmesi yönündeki çalışmalara temel oluşturmak, uygulama ve belgelendirme çalışmaları öncesi kurumlarımızın alt yapılarının standardizasyonunu belirlemek ve Bakanlığımızca denetimini sağlamak amacıyla "Yataklı Tedavi Kurumları Kalite Yönetimi Uygulamaları Temel ve Belgelendirme Öncesi Kriterler" hazırlanmıştır.

Uygulamaların hayata geçirilmesine destek sağlamak amacıyla "Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi" nde pilot uygulama çerçevesinde kalite çalışma yönetimi çalışmaları yürütülmüştür.

Ayrıca, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde kalite yönetim sisteminin kurulması amacıyla bir çalışma başlatılmış olup bu konudaki çalışmalar sürdürülmektedir.

Bilgi Teknolojisi Altyapı Faaliyetleri

Bakanlığımız ile Türk Telekom A.Ş. arasında 155 Mbps fiber optik hat tesis edilmiş olup 34 Mbps hızında ATM hat üzerinden 4 Mbps internet çıkış hızı mevcuttur.

Bakanlığımız merkez teşkilatında bulunan ve merkez intranet dışında hizmet vermekte olan 10 birim ile Bakanlığımız Bilgi İşlem Daire Başkanlığı arasında hızlı hatlar tesis edilmiştir. Tesis edilen bu hatlar ile birimlerimiz intranet üzerinde çalışmakta olan Evrak Takip Sistemini kullanmanın yanı sıra ücretsiz internet hizmetinden de yararlanabilmektedirler. Bu kapsamda Bakanlık merkez birimlerinde yaklaşık bin kullanıcıya internet hizmeti verilmektedir.

Bunun yanı sıra Bakanlığımız ile Ankara Hastanesi, Eskişehir Devlet Hastanesi, İstanbul

Sağlık Müdürlüğü ve Erzurum Numune Hastanesi arasında frame-relay 128 Kbps ve 256 Kbps hatlar tesis edilmiştir. Uzaktan teknik destek sağlanması ve internet hizmeti verilmesi amacıyla tesis edilen hatlar ülke genelinde tüm sağlık tesislerini kapsayacak olan Sağlık-Net çalışmalarının temellerini oluşturmaktadır.

Halen pilot uygulamaları devam eden Hastane Bilgi Sistemi ve Birinci Basamak Bilgi Sistemi yaygınlaştırma çalışmaları başlatıldıktan sonra ortak veri havuzundan hasta bilgilerinin paylaşılması ve tele konsültasyon uygulamaları mümkün olabilecektir.

Web Sitesi

Bakanlığımızın www.saglik.gov.tr adresinden yayım yapan internet sitesi özellikle içerik yönünden geliştirilerek yeniden oluşturulmuştur. İnternet sitemiz; teşkilat yapısı, görevler, faaliyet alanlarına giren konularda temel bilgiler, sağlıkla ilgili mevzuat, sağlık bilgileri, güncel bilgiler, sağlık istatistikleri, yayınlar, uygulanan özel projeler, halk sağlığı kampanyaları, bakanlık personeli atama ve kura bilgileri, sınav sonuçları gibi konuları içermektedir.

İhalelerde Taban-Tavan uygulaması

Bakanlığımıza bağlı döner sermayeli kurumlarda 2001 yılında Tek Düzen Muhasebe sistemine geçilmiş, İl Sağlık Müdürlükleri bünyesinde döner sermaye işletmeleri kurulmuş, 2002 Yılı Nisan sonu itibariyle 608 döner sermayeli kurumun saymanlık hizmetleri 180 adede indirilmiş, Yataklı Tedavi Kurumlarında yapılan malzemeli yemek ve malzemeli temizlik ihale fiyatları arasındaki büyük farkların giderilmesi için yapılacak ihalelerde Taban-Tavan limit uygulaması başlatılmıştır.

Merkezi İlaç Alımı İhaleleri

İhalelerdeki kurumlar arası fiyat farklılıklarının önlenmesi ve daha uygun fiyatla alım yapmak amacıyla 2001 yılında, 30 Eğitim Hastanesinin ilaç ve serum ihtiyaçları merkezi alım yolu ile ihale edilmiştir.

2002 yılında eğitim hastaneleri ile birlikte toplam 75 hastanenin ilaç ve serum ihtiyaçları, merkezi alım ihalesi ile 03-04-2002 tarihinde, 554 kalemin (43.1 Trilyon) ihalesi yapılmış, ihale edilemeyen 723 kalem için ikinci ihale hazırlıkları (muhammen bedel tespit komisyonu çalışmaları) sürdürülmektedir.

Direkt Yurt Dışından Alım

Yurt içinde üretilmeyen ileri teknoloji ve yüksek maliyetteki tıbbi cihazların, Döner Sermayeli Kuruluşlar İhale Yönetmeliğinin 44/j maddesi uyarınca hastanelerimizce direkt yurtdışından alımına 05.04.2002 tarih ve 3592 sayılı makam onayı ile izin verilmiştir. Bu yaklaşımla uluslar arası rekabet sağlanarak daha kaliteli ve daha ucuz tıp teknolojisi temini amaçlanmıştır.

Halkla İlişkiler

Bakanlığımıza telefon, faks , dilekçe veya direkt yapılan başvurular içeriğine dönük olarak incelenip ilgili birimlere yönlendirilmekte ve sonuçlanan başvurular ilgili kişilere bildirilmektedir. Başvuruları genel olarak ilaç, sosyal yardım talebi, sevk problemleri, tanı ve tedavi kurumlarında yaşanan sorunlar oluşturmaktadır.

Anayasamızın sağlık ve çevre ile ilgili ilkeleri belirleyen 56. maddesinde; "Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir." Denilmektedir.

Evensel olarak kabul edilen sağlık tanımı olan, bireylerin bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik haline ulaştırılması, temel sağlık hizmetleri anlayışı içerisinde insan odaklı sürdürülebilir kalkınma planlarında yer alan sağlık sistemlerinin geliştirilmesini gerektirmektedir. Bu nedenle günümüzdeki mevcut sağlık yönetim kapasitesinin geliştirilmesi, hizmetlerden

yararlanmayı engelleyen değişik faktörlerin ortadan kaldırılması toplum bilinci oluşturularak kendi sağlıklarına sahip çıkmaları için çalışmalara ihtiyaç vardır.

Bakanlığımız;

1. Sağlık hizmetlerine erişimi artırmak ve finansal sağlık güvencesi mekanizmalarını kurmak,
2. Sağlık sektöründe kurumsal gelişim ve kapasite oluşturmak,
3. Temel sağlık hizmetlerinin sunumu ve halk sağlığı programları,
4. Sağlık hizmetlerinin sunumunda etkililiğin artırılması.

Bu çerçevede projenin detaylandırılma çalışmaları sürdürölmektedir.

Ölkemizdeki sağlık sisteminin olumlu ve olumsuz yönlerini de göz önünde bulundurarak uluslararası destekli Sağlık Reformu Projesi geliştirmiştir.

VII.BÖLÖM

REFORM ÇALIşMALARI-PROJELER-ARAşTIRMALAR-EğİTİMLER

Bilgi Sistemi Projeleri

Bilgisayarlı Yönetim ve Destek Sistemleri

İkinci Sağlık Projesi kapsamında, Yönetim Destek Hizmetleri (MSA) Anlaşması çerçevesinde, Birleşmiş Milletler Proje Hizmetleri Ofisi (UNOPS) aracılığı ile sürdürölen ÇKYS Projesi anahtar teslimi olarak tanımlanmış olup işin kapsamında; başlangıç raporu, sistem gerekleri belirleme, tasarım ve yazılım geliştirme, altyapı temini ve kurulumu, geniş kapsamlı eğitimler ve yerinde kullanıcı desteği vardır.

Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi; Mali Kaynaklar Yönetimi Sistemi, Malzeme Kaynakları Yönetimi Sistemi, İnsan Kaynakları Yönetimi Sistemi ve İlaç-Eczacılık Bilgi Sistemi olmak üzere dört ana başlık altındaki toplam 24 modölden oluşmaktadır.

Yazılım geliştirme çalışmaları tamamlandığında Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı ve 81 İl Sağlık Müdürlüğü'nde Yaygınlaştırma fazına geçilecektir.

Evrak Takip Sistemi

Bakanlığımız hizmet sunumunda şeffaflığa büyük önem vermektedir. Bu amaçla Bakanlığımıza gelen ve giden evraklar ve bunlarla ilgili geçen süreçleri elektronik ortamda takip edebilmek üzere tamamen Web tabanlı olarak bir sistem geliştirilmiştir. Sistem ile; Bakanlığa gelen tüm evraklara bir numara verilmekte ve evraklar birimlere sevk edilmektedir. Birimler kendilerine gelen evraklarla ilgili işlemlerini İnternet üzerinden yapabilmekte ve evraklara yapılan işlemler ve bu işlemlerin sonuçları her safhada internet üzerinden izlenebilmektedir.

Bu sayede gerek dışarıdan gelen gerekse de iç evrakların takibi kolaylaşmış olup, evrakın nerede bekletildiği gözlenebilmektedir. Evraklarla ilgili geçen süreçte yapılan işler kullanıcılara ve ilgililere yetkileri oranında paylaştırılmıştır.

Sistemin devreye alınmasından sonra iş süreçlerinin ve evrakların cevaplandırılma sürelerinin kısaldığı gözlenmiştir.

İhale İlanları

Bakanlığımıza bağlı kurum ve kuruluşların satın aldıkları mal ve hizmetlere ait ihaleler ve sonuçlarının web üzerinden yayımlanması Eylül 2000 tarihinden itibaren sürdürölmektedir.

Hastane Bilgi Sistemi Projesi

Bakanlığımız yataklı tedavi kurumlarında ortak veri kullanımını sağlayacak standart bir yazılımın sağlanabilmesi amacıyla Hastane Bilgi Sistemi çalışmalarına özel önem verilmiştir.

Kaynakların rasyonel kullanılması, israfın önlenmesi, merkez ve taşra teşkilatlarında oluşturulmaya çalışılan kalite ve standartların korunması ve artırılması, gelir ve giderleri izleyebilme, gelir kaçaklarını önleme, hastane yönetimine hizmet planlaması ve değerlendirilmesine yönelik bilgi desteği sağlama, sağlanan bilgi desteğiyle doğru hedef belirleme

ve doğru kaynak yönetimi, eksiksiz depo, ambar, demirbaş kayıtları tutabilme ve tekdüzen muhasebe sisteminin kullanılabilmesi amacıyla geliştirilen sistem, halen dokuz hastanede, pilot olarak uygulanmaktadır. Geliştirilen sistemin hastanelere yaygınlaştırılması planlanmaktadır.

Teknik Şartname Bankası

Bakanlığımızda oluşturulan Teknik şartname örneklerinin tüm yataklı tedavi kurumlarının ihtiyaçlarını kapsayacak düzeye getirilmesi ve sürekli güncelleştirilmesi amacıyla çalışmalara başlanmış olup, güncelleme çalışmaları devam etmektedir. Bakanlığımızca yayımlanan 04-01-2001 tarih ve 160 sayılı genelge ile “Örnek Teknik şartname” uygulamasına, şu anda mevcut olan 151 adet tıbbi cihaz teknik şartnamesiyle başlanmıştır. Güncelleme çalışmaları tamamlandığında, bilgisayar ortamında internet aracılığı ile dağıtılacaktır.

Fiyat Bilgi Bankası Oluşturulması

Döner sermayeli kurumların döner sermaye kaynaklarından yaptıkları ve Bakanlık onayı gerektirmeyen ihalelerin özet bilgilerini temin etmek ve bu bilgilerle birlikte Bakanlığımıza tasdik için gelen ihale bilgilerini de içeren “Fiyat Bilgi Bankası” oluşturulup, kurumların paylaşımına açılarak, kurumlar arası fiyat farklarının önlenmesi ve bir standardın oluşturulması planlanmıştır.

Tanı ve Tedavi Rehberleri Geliştirme Çalışmaları (BBTTR)

Dünyada birçok gelişmiş ülke, kendi sağlık sistemlerinde hastalıkların tanı ve tedavi standartlarını saptayarak, tanı ve tedavi protokollerini belirlemişlerdir. Dünyada gelişmiş ülkelerin yayınlamış olduğu rehber kitapçıklar ve oluşturulmuş olan diğer uluslar arası akılcı teşhis ve tedavi prensipleri birçok gelişmiş ülkede uygulanmaktadır.

Bakanlığımız, birinci basamak ile ikinci ve üçüncü basamağı kapsayan tanı ve tedavi rehberlerinin hazırlanması amacıyla iki ayrı çalışma başlatmıştır. Bu kapsamda çalışmaya katkı sağlayacak yerel ve uluslararası tanı tedavi rehberi danışmanları için çalışma ilkeleri belirlenmiş, BBTTR çalışması ile ilgilenen uzman kurumlarla bağlantı kurulmuş ve çalışma grupları oluşturulmuş olup, çalışmalarla ilgisi bulunan sektörlerle işbirliğine devam edilmektedir.

İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine yönelik Standart Tanı ve Tedavi Protokolleri çalışması 26 tıp branşında 450 öğretim üyesi kadrosu tarafından hazırlanmıştır.

Birinci basamakta tanı ve tedavi protokollerinin geliştirilmesi kapsamında ilk etapta 30 hastalığa yönelik rehber hazırlanmış ve dağıtılmıştır. İkinci 30 hastalığa yönelik rehber çalışmaları devam etmektedir.

Kronik Hastalıklar Kontrol Programı

Kronik hastalık sıklığındaki artış göz önünde bulundurularak, öncelikle hipertansiyon, obesite ve diyabet olmak üzere, birinci basamak ve ikinci basamak sağlık kurumlarının işbirliği ile hastalıktan korunma, erken tanı, uygun tedavi ve hastaların düzenli takiplerinin sağlanması uygulamalarıyla ulusal programların hayata geçirilmesi amaçlanmaktadır.

Kronik hastalıklar ile kaliteli bir yaşam sürdürme amacıyla halen 16 ilde (Afyon, Aksaray, Balıkesir, Bartın, Edirne, Erzincan, İçel, Kahramanmaraş, Kayseri, Kırıkkale, Ordu, Malatya, Muğla, Nevşehir, Niğde, Van) devlet hastaneleri bünyesinde Diyabet – Obezite – Hipertansiyon Merkezleri açılmış olup, bu merkezler aktif olarak çalışmalarını sürdürmektedir. Her merkezde bir pratisyen hekim, danışman olarak görev alan bir uzman hekim, bir eğitim hemşiresi ve diyetisyen görev yapmaktadır.

Merkezlerin çalışmaları Üniversitelerden konunun uzmanları ile işbirliği içerisinde yürütülmektedir.

2002 yılında merkezlere bilgisayar programı yüklenmiş, veriler alınmaya başlanmıştır.

- Projeler

-Kronik Hastalıklar Projesi : Genel Müdürlüğümüzce 16 ilde yürütülmektedir.

-Yenidoğanlarda Otoakustik Test Cihazı ile İşitme Tarama Projesi : Bakanlığımız, Hacettepe Üniversitesi ve Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı İşbirliğinde Yürütülmektedir.

-Görme Engellilerin Rehabilitasyonu ve Eğitim Projesi: Bakanlığımız ve Milli Eğitim Bakanlığı İşbirliğinde Yürütülmektedir.

- Bölgesel Kan Merkezlerinin Oluşturulması Projesi : Bakanlığımız ve Kızılay İşbirliği ile Yürütülmektedir..

-Ulusal Organ Nakli Koordinasyon Sisteminin Oluşturulması Projesi

-Bilecik İlinde Dünya Sağlık Örgütü tarafından da desteklenen örnek bir uygulama olan Türkiye’ de Ağız ve Diş Sağlığı Kapasitesinin Artırılması Amaçlı Uygulama Projesi

-75. yıl Ankara Ağız ve Diş Sağlığı Merkezince 2 ilköğretim okulunda eğitim ve uygulama projesi

ARAŞTIRMALAR

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

Bakanlığımız koordinasyonunda Uluslararası Kalkınma Teşkilatı (USAID) ve Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA) işbirliği ve desteği ile Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından “2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması”, yapılmıştır.

Anne Ölümleri ve Nedenlerinin Tespiti Araştırması

Bakanlığımızca Türkiye’de anne ölüm nedenlerinin tespitine yönelik olarak Türkiye’yi temsil eden toplam 53 ildeki bütün hastanelerde, Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA) ve Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı işbirliğiyle “Anne Ölümleri ve Nedenlerinin Tespiti Araştırması” yapılmıştır.

Araştırmanın analizi, 2000 yılında tamamlanmış ve analiz sonucunda ana ölüm hızı yüz binde 49.2 olarak bulunmuştur.

Ulusal Sağlık Hesapları Çalışması

Ülkemizdeki farklı kurum ve kuruluşların tüm sağlık giderleriyle ilgili bir akış şemasının çıkarılması, kişilerin gerek sağlık sigortası, gerekse kendi ceplerinden yaptıkları sağlık harcamalarının dağılımı ve miktarlarının saptanması, bu bilgiler çerçevesinde Avrupa Birliği ve OECD standartlarına uygun bir Ulusal Sağlık Hesapları sisteminin ülkemizde oluşturulması amacıyla Harvard Halk Sağlığı Okulu ve Sağlık İdaresi Araştırmaları İşletmesi işbirliği ile yürütülmektedir.

Bu çalışmanın amacı; Türkiye’deki sağlık harcamalarını kamu, hane halkları ve özel sektör bazında, finansman kaynağı, hizmet sunucuları ve fonksiyonlar açısından detaylı bir şekilde analiz ederek, sağlık sektörü planlayıcılarına ve karar vericilerine objektif kriterler sağlamaktır.

Ulusal Sağlık Hesapları Sistemi, OECD sağlık hesapları sisteminin standartlarını karşılayan, sağlık harcamalarına yönelik kaynak-kullanım matrisinin detaylı şekilde ortaya konmasını sağlayan ve fon akışının izlenmesine imkan tanıyan bir hesap sistemidir. Ödemeyi kimin, ne kadar ve niçin yaptığını ortaya koyarak sağlık sistemine fon akışı anlayışını getirmeyi ve böylece sağlık harcamalarının ve finansmanının en etkin şekilde gerçekleştirilmesine yardımcı olmayı amaçlamaktadır.

Ulusal Sağlık Hesapları kapsamında, çerçeve dokümanının oluşturulması çalışması ve hane halkı anketi için çalışmalar yapılmıştır. Akabinde her aşaması İE kontrolü ve onayı ile hane halkı

anketinin pilot çalışması gerçekleştirilmiştir.

Buradan alınan geri bildirimle şu an hane halkının cepten yaptıkları sağlık harcamalarını tespit edebilmek; hakkaniyetli hizmet götürebilmek amacı ile yaklaşık 11.000 hane yani 50 bin civarı hane halkına Ulusal Sağlık Hesapları Hane Halkı Anketi uygulanacaktır.

Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet Etkililik Çalışması

Bu çalışma; varolan kaynakların en etkin şekilde tahsis edilmesi, harcanan para karşılığında maksimum sağlık kazancı elde edilmesi ve bunlara bağlı olarak sağlıkta önceliklerin belirlenmesi hususlarında sağlık politikası belirleyicilerine ve karar vericilerine objektif ve ölçülebilir kriterler sunmayı hedeflemektedir.

Ülkemizde Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet Etkililik çalışmalarını daha sonraki yıllarda sürdüreceği teknik ve kurumsal kapasiteyi oluşturmak amacıyla ilgili sektörlerin katılımıyla kurullar oluşturulmuştur. Kurul üyeleri genel olarak ülkemizdeki hastalık yükünün ve bu yükü azaltmak için ihtiyaç duyulan sağlık hizmetlerinin ortaya konması, planlanması ve yürütülmesi gibi konularda rol alacakları gibi, hem kendi kurumlarından hem de sorumlu oldukları diğer kurumlardan konuyla ilgili bilgi akışını sağlayacaklar ve düzenlenecek olan eğitim ve toplantılar ile de kurumsal kapasite oluşturulmasına katkıda bulunacaklardır.

Bu çalışma Dünya Sağlık Örgütü'nün desteğinde, Başkent Üniversitesi ile işbirliği yapılarak gerçekleştirilmektedir. Çalışma ilkeleri dokümanına son şekli verilmiştir.

Yönetim Kapasitesi Geliştirme Çalışması

İl düzeyinde sunulan sağlık hizmetinin etkililiğini ve verimliliğini arttırmak amacıyla, il sağlık müdürlüklerinde çalışan yöneticilerin sağlık yönetim kapasitesinin güçlendirilmesi ve il sağlık müdürlükleri ile merkez teşkilat arasında koordinasyon ve dil birliğinin sağlanması amaçlanmaktadır. Bakanlığımız tarafından Sağlık Projesi illerindeki sağlık müdürü, müdür yardımcıları ve Bakanlık Merkez teşkilatının ilgili birimlerinde çalışan yöneticilere yönelik olarak, Sağlık Hizmetleri Yönetimi Eğitimi düzenlenmektedir. Bu eğitimler Sağlık Bakanlığı, Bilkent Üniversitesi, Hadassah Tıp Merkezi işbirliği ile gerçekleştirilmiştir. Halen devam etmekte olan Sağlık Hizmetleri Yönetimi Eğitim Programı kapsamında 372 üst düzey yöneticiye eğitim verilmiştir.

Uluslararası Hastalık Sınıflaması (UHS10)

Ülkemizde halen hastalıkların sınıflandırılmasında, 1965 yılında Dünya Sağlık Asamblesi tarafından kabul edilen "Uluslararası Hastalık Sınıflandırılması"nın sekizinci sürümü kullanılmaktadır. Günümüzde ise artık birçok ülke Dünya Sağlık Örgütü'nün 1989 yılında kabul ettiği onuncu sürümünü kullanmaktadır. Koordinatörlüğümüz tarafından sürdürülen çalışmalar doğrultusunda, ülkemiz genelinde uygulamaya geçirilmesi planlanan "Uluslararası Hastalık Sınıflandırılması"nın onuncu sürümünün Türkçe tercümesini tamamlamıştır. Şu anda kitapların basılmasına yönelik tasarım çalışmaları devam etmektedir. UHS 10'nun, 2004 yılı son çeyreğinde bütün yataklı tedavi kurumlarını kapsayacak şekilde uygulamaya geçirilmesi planlanmaktadır.

Toplam Kalite Eğitimleri

Bu program çerçevesinde 29.03.2002 tarihinde; TS-EN ISO 9000 Kalite Güvence Belgesi almış 7 (yedi) kurum yetkililerinin ve temsilcilerinin katılımı ile; Eğitim, Kalite El Kitabı, Talimatlar, Prosedürler, Kalibrasyon, Anket ve Bilgi Formları'na ilişkin politikaların belirlenmesi ve TKY Uygulamalarında Üst Yönetimin Rolü ve Sorumluluğu konularının tartışıldığı bir toplantı yapılmıştır. Alınan kararlar doğrultusunda çalışmalar sürdürülmektedir.

Hemşirelik Hizmetlerinde Hizmetçi Eğitim

Ulusal sağlık reformu hedef, ilke ve stratejileri doğrultusunda Hemşirelik hizmetlerinde güvenilirliğin sağlanması, kalite ve verimliliğin artırılması, performansı yükselterek çalışanların

motive edilmesi amacıyla Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğünce 1992 yılından itibaren yataklı tedavi kurumlarında hemşire, ebe ve sağlık memurlarına yönelik hizmetiçi eğitim çalışmaları yürütülmektedir.

Ayrıca yoğun bakım ve acil bakım gibi özelliği olan servis/ünitelerde çalıştırılmak üzere hemşire ve sağlık memurlarına yönelik hizmetiçi eğitim sertifika programları uygulanmaktadır.

Sitotoksik (antineoplastik) ilaçlarla çalışan hemşirelerin, bu ilaçların hazırlanması ve uygulanması esnasında olumsuz etkilenmelerden korunmasına yönelik "Antineoplastik İlaçlarla Güvenli Çalışma Rehberi" hazırlanarak yataklı tedavi kurumlarına dağıtımı yapılmıştır.

Uluslararası Kuruluşlarla İşbirliği

Sağlık alanındaki dış ilişkilerin bir başka boyutu da uluslararası kuruluşlar çerçevesinde yürütülen çok taraflı işbirliği faaliyetleridir. Bakanlığımız WHO (Dünya Sağlık Örgütü), UNICEF (Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu), UNEP (Birleşmiş Milletler Çevre Programı), FAO (Dünya Gıda Örgütü), Dünya Bankası, UNDP (Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı), UNFPA (Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu), Avrupa Konseyi, ECO (Ekonomik İşbirliği Teşkilatı), Avrupa Birliği arasındaki ilişkiler geliştirilerek sürdürülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ile 2 yıllık, Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) ile 5 yıllık yapılan çalışma programları aktif bir şekilde devam etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü ile 2002-2003 yıllarını kapsayan işbirliği anlaşması 16 Mayıs 2002 tarihinde imzalanmıştır.

Yurtdışı Hasta Tedavileri:Bakanlığımız ile Arnavutluk, Azerbaycan, Yemen ve KKTC Sağlık Bakanlıkları arasında mevcut Sağlık İşbirliği Anlaşmaları çerçevesinde, ülkelerinde tedavileri mümkün olmayan hastalar belli bir kontenjan dahilinde ülkemizde ücretsiz olarak tedavi edilmektedir. Ayrıca Mülki İdare Amirleri, Emniyet Genel Müdürlüğü ve Dışişleri Bakanlığının gerekli gördüğü hallerde ve Bakanlığımızın uygun görüşü ile bazı yabancı uyruklu hastaların ülkemizde tedavileri sağlanmaktadır.

Ülkemizde Eğitim Alan Yabancılar

Bakanlığımız ile çeşitli ülkelerin Sağlık Bakanlıkları arasında mevcut olan Sağlık Alanında İşbirliğine İlişkin Anlaşmalar çerçevesinde bu ülkelerin personeline Bakanlığımız eğitim hastanelerinde eğitimler verilmektedir.

VIII.BÖLÜM TEDAVİ HİZMETLERİNİN GELECEĞİ

Yataklı Tedavi Kurumlarında İyileştirmeler

Bakanlığımıza bağlı hastanelerin ameliyathaneleri modernize edilerek yeni cihazlarla takviye edilmektedir. Bakanlığımız hastanelerinin hizmet kalitesinin iyileştirilmesi sonucu talep artmış, bu hastanelerden sevk istek ve ihtiyaçlarının azalması ile son üç yılda yapılan ameliyatlarda %10.2'lik artış sağlanmıştır.

Hastanelerdeki ameliyathanelerde eskiyen teknolojilerin yenilenmesi ve yeni ameliyathanelerin kurulması amacıyla, 2002 yılında 52 kuruma 1 Trilyon 315 Milyar TL. ödenek tahsis edilmiştir.

Bunun yanında, hastane hizmetlerini bir bütün olarak ele aldığımızda tıbbi teknolojiye paralel olarak, altyapı da (sabit tesisler) büyük önem arz ettiğinden, son üç yıllık dönemde hastanelerimize 50 adet jeneratör, 15 adet morg, 24 adet asansör, 33 adet çamaşırhane ve 10 adet mutfak makineleri temini amacıyla 3 Trilyon 162 Milyar TL. kaynak aktarılmıştır.

Günümüz şartlarında görüntüleme cihazlarının hastalık tanılarındaki önemi artmıştır. Bu çerçevede Bakanlığımız, hastanelerinde bu donanımın geliştirilmesi için gayret sarf etmektedir.

Bakanlığımıza bağlı hastanelerde, 1999 yılında toplam tomografi cihazı sayısı 76, toplam MR cihazı sayısı 5 iken, 31.12.2003 tarihi itibarıyla toplam tomografi cihazı sayısı 114'e, toplam MR cihazı sayısı 14'e çıkarılmıştır.

Sağlık hizmetlerini iyileştirme çalışmaları sadece Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerin değil, gelişmiş ülkelerin de temel ve öncelikli gündem maddesi olmaya devam etmektedir. ABD ve

İngiltere gibi gelişmiş ülkeler bile seçim çalışmalarında, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, bir başka deyişle sağlıkta reform yapılması üzerinde durmaktadır. Bu gerçek, sağlık hizmetleri sunumu konusunda bütün dünyanın yeni arayışlar içinde olduğunu göstermektedir. Gelişmişlik düzeyi ile bağlantılı olarak farklılıklar gösterse de, genel anlamda sağlık sorunlarını tamamen çözmüş bir ülke tanımlamak zordur.

Sağlık hizmeti özünde bir sorun olarak hep yer almıştır. Cumhuriyetin ilk yıllarından itibaren sağlık hizmetlerinin sunumu ve sağlık verilerinin iyileştirilmesi için hükümetlerce bir çok çalışma yapılmıştır. 1923 – 1937 arasında Refik Saydam, sonrasında Behçet Uz dönemi tıp tarihimizde derin izler bırakan, çalışma ve reformların etkili olduğu yıllardır. Nusret Fişek önderliğinde 60'lı yıllarda uygulamaya başlanan Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi de en önemli çalışmalardan biridir.

1980'lere kadar geçen dönem hizmetin iyileştirilmesi, sağlık alt yapısı ve örgütlenmenin düzenlenmesi ile ilgili uygulamalara tanık olmuştur.

1983 sonrası yıllar, sağlık politikalarında önemli değişimlerin yaşandığı yıllardır. Bu yıllarda, "mevcut durumun, sorun" olduğu anlayışına dayanan "reform" çalışmaları hız kazanmıştır.

1990 sonunda, Dünya Bankası desteğinde yürütülen projeler temel olarak sağlıkta reform çalışmalarını konu edinmiş ve bu dönemde reform çalışmalarının adı "sağlık projeleri" olmuştur.

Sağlıkta reform arayışlarının hedefi sadece hasta memnuniyetini arttırmaya yönelik olmamalıdır. Günümüzün modern yönetim anlayışı içinde, daha kaliteli hizmeti daha uygun maliyetle sunmak ya da satın almak temel hedef olmalıdır.

Ülkelerin sağlık alanında reform kapsamında yaptıkları çalışmalar incelendiğinde, bütün ülkelerde görülen ortak özelliğin uzun yıllara yayılmış, sabrı, ısrarı ve mücadeleyi gerektiren, inişleri ve çıkışları olan bir programlama olduğu görülmektedir. Bundan dolayı, gelişmiş ülke örneği olarak sık sık belirtilen İngiltere'de bile yıllardan beri sağlık reformu çalışmaları sürmekte, sistemde çok ciddi iyileştirmeler yapıldığı halde, hala ısrarla reform ihtiyacından söz edilmektedir.

Ulusal Sağlık Politikası

Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda insan sağlığı toplumsal kalkınmanın temeli olarak tanımlanmakta olup, yaşam kalitesinin ve süresinin artırılması esas olarak alınmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin eşitlik ve hakkaniyet içinde, halkın ihtiyaç ve beklentilerine uygun, kaliteli, ulaşılabilir, verimli bir şekilde, bölgeler ve sosyoekonomik gruplar arası sağlık düzeyi farklılıklarını azaltıcı, çağdaş yaşamın gerekleriyle uyumlu, hasta haklarına saygılı bir şekilde sunulması temel ilkeleri oluşturmaktadır. Bu planda, bireylerin ve ailelerin bilinçlendirilmesi, bilgilendirilmesi yoluyla toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi hedeflere ulaşmada önde gelen stratejilerdendir. Sekizinci plan çerçevesinde, koruyucu sağlık hizmetleri sunumunun birinci basamak sağlık hizmet birimleriyle entegre edilerek etkinleştirilmesi, bebek ve çocukların yaşama sağlıklı başlaması, ergen ve gençlerin sağlıklarını koruma, geliştirme bilgi ve becerisine sahip olmaları, kişilerin özürsüzlükten ve hastalıktan uzak, yaşam süresinin ve kalitesinin artırılması, özellikle yaşlıların yaşamsal faaliyetlerini yardıma muhtaç olmadan sürdürebilmeleri ve topluma katkılarının devamının sağlanması hedeflenmektedir.

Gerek hizmet sunumunda etkili yönetim, gerekse hizmetlerin finansmanı konularında etkili çözüm getirilmesi, sağlık alanındaki reformların temel konularını oluşturmaktadır. Hizmetlerin etkililiğini artırmak üzere, iyi işleyen bir sevk sisteminin kurulması, kentsel kesimde özellikle birinci basamakta sunulan evde ve ayaktan tedavi edici hizmetlerin kapasitesinin geliştirilmesi için yapılandırma ihtiyaçları öncelikli konular olarak vurgulanmaktadır.

Bunun yanı sıra, tedavi edici hizmetlerde kalitenin artırılması, kaynakların akılcı kullanımı ve hastanelerin ihtiyaçlara cevap verebilmesini sağlamak üzere yönetim kapasitelerinin geliştirilmesi, idari ve mali açılarından özerk hale getirilmeleri hedeflenmektedir.

Ülkemizde sağlık düzeyi ile sağlık hizmetlerinin mevcut durumu dikkate alınarak, öncelikli sağlık hedefleri ve bu hedeflere ulaşmayı sağlayacak stratejilerin belirlenmesi ilgili bütün kurum ve kuruluşların (DPT, ilgili Bakanlıklar, diğer ilgili kamu ve özel kurum ve kuruluşlar, meslek örgütleri, üniversiteler, sivil toplum örgütleri vb.)

katılımı ile gerçekleştirilen “Ulusal Sağlık 21 Politikası” Bakanlığımız koordinasyonunda gerçekleştirilmiştir. Yapılan sektörler arası çalışmalar sonucunda, “Sağlık 21, Herkese Sağlık, Türkiye’nin Hedef ve Stratejileri” (Aralık-2001) dokümanı hazırlanmış ve yayınlanmıştır.

Bu temel amaç doğrultusunda, 21’nci yüzyılın ilk 25 yılı için ulusal hedef ve stratejiler belirlenmiştir.

Ulusal Sağlık 21 Politikası’nın ana hedefleri;

HEDEF 1: 2020 yılına kadar uygulanacak kademeli programlar sonucunda toplum sağlığı açısından önemli bulaşıcı hastalıkların kontrolünü, eliminasyonunu ya da eradikasyonunu sağlamak.

HEDEF 2: 2020 yılına kadar, toplum sağlığı açısından önemli bulaşıcı olmayan hastalıkların sıklığını ve bunlara bağlı erken ölüm, sakatlık ve iş göremezliği azaltarak, yaşam kalitesini yükseltmek.

HEDEF 3: 2020 yılına kadar, kaza, şiddet ve afetlere bağlı yaralanmaları, sakatlıkları ve ölümleri önemli ölçüde azaltmak ve bunun sürekliliğini sağlamak.

HEDEF 4: 2020 yılına kadar bütün yeni doğanların, bebeklerin ve okul öncesi yaşlardaki çocukların yaşama sağlıklı başlamalarını ve sürdürmelerini sağlamak.

HEDEF 5: 2020 yılına kadar, üreme ve cinsel yaşamdan kaynaklanan sağlık sorunlarını en az % 50 azaltmak.

HEDEF 6: 2020 yılına kadar, tütün, alkol, uçucu maddeler ve psikoaktif ilaç gibi bağımlılık yapan maddelerin kullanımını, yetersiz fizik aktivite ve kötü beslenme gibi sağlığı olumsuz etkileyen faktörleri mümkün olan en alt düzeye indirmek.

HEDEF 7: 2020 yılına kadar, ergen, yaşlı ve özürülülerin daha sağlıklı olmalarını ve toplum içinde daha aktif rol almalarını sağlamak.

HEDEF 8: 2020 yılına kadar, halkın psiko-sosyal iyilik durumunu geliştirmek ve ruh sağlığı sorunu olan kişilerin özel bakım almalarını sağlamak.

HEDEF 9: 2020 yılına kadar, toplumdaki bireyleri evde, okulda, işyerinde ve yaşanılan her yerde daha sağlıklı bir ortamda yaşama imkanına kavuşturmak.

Bu programın temel amacı; Türkiye’de sağlık göstergelerini iyileştirerek; beklenen yaşam sürelerini uzatmak, yaşam kalitesini iyileştirmek, bölgeler ve gruplar arasındaki sağlık düzeyi farklılıklarını mümkün olduğunca azaltmaktır.

HEDEF 10: Toplumun tüm kesimlerine “ulaşılabilir, kabul edilebilir ve kullanılabilir” kaliteli sağlık hizmeti sunmak, hizmet ağını bölgesel ve sosyal farklılıkları giderecek şekilde yayarak, sürekliliğini sağlamak, olarak belirlenmiştir.

Bundan sonraki aşama, belirlenen bu hedeflerin ülke politikası olarak kalkınma planlarında yer almasını ve ilgili tüm kurum ve kuruluşların eylem planlarına bu hedefleri entegre etmelerini ve uygulamalarını sağlamaktır.

Aile Hekimliği

Sağlık meselelerini çözme noktasındaki en önemli konulardan birisi aile hekimliğidir. Herkesin kendi hekimini seçebildiği bu sistem içerisinde, aile hekimi, kendisine kaydolun kişi ve aileleri belli bir kayıt sistemi içerisinde dosya ile takip etmekte, kişi ya da aile ihtiyaç duyduğu her zaman hekimine ulaşabilmektedir. Sistemde, ödemeler sağlık sigortası tarafından aile hekimine yapılmaktadır. Aile hekimleri, ihtiyaç duyduklarında kendilerine kayıtlı olan hastaları uzman hekimlere yönlendirecek, uzman hekimlerden alınan konsültasyon sonuçları hastanın dosyasında saklı tutulacaktır. Gerektiğinde hastalar, uzman hekim ile birlikte takip edilecektir. Aile hekimliği sisteminin en önemli özelliği düzenli ödemelerin yapılmasıdır. Vatandaşların büyük bir çoğunluğu bir sağlık sigortası şemsiyesi altındadır. Bu şemsiye SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı ya da yeşil karttır. Sistem, iki temel yapı üzerinde şekillenmektedir. Bunlardan birisi aile hekimliği, diğeri ise genel sağlık sigortasıdır. Çünkü, genel sağlık sigortası, sigorta kurumlarının hizmetlerini daha düzenli hale getirerek tasarrufu sağlama konusunda önemli adımlar atılmasını sağlayacaktır. Hizmetlerin vatandaşlar tarafından alınmasında ve standardizasyonun sağlanmasında da önemli

bir adım olacaktır. 2004 yılı içerisinde her iki sistemin de birlikte yürürlüğe konulması düşünülmektedir. Pilot bölgelerden başlanarak tüm ülkeye yaygınlaştırılacaktır. Geçiş dönemi içerisinde aile hekimliğini, pratisyen hekimler yapacaktır. Günümüzde pratisyen hekimler hasta tanı ve tedavilerini yapmaktadırlar. Sağlık ocaklarında veya diğer sağlık kuruluşlarında hastaları muayene edip reçete tanzim etmektedirler. Ancak gelişmiş ülkelerde aile hekimliği modeli biraz farklıdır. Örneğin Danimarka'da 6 yıllık eğitimin üzerine 5 yıllık bir eğitim alındıktan sonra genel pratisyenlik yapılabilmektedirler. Diğer bir ifade ile çocuk hastalıkları, iç hastalıkları veya diğer uzmanlık dalları gibi, pratisyenlik de bir uzmanlık alanıdır. Pratisyen hekimler, hizmet içi eğitimlerle aile hekimliğine hazırlanmaktadır. Önümüzdeki yıllar içerisinde de uzmanlık alanlarının müfredatı yeniden tanımlanarak, aile hekimliği uzmanlarının sayıları artırılacak ve yıllar içerisinde sistem tamamen oturmuş olacaktır. 2004 yılı içerisinde bu sisteme geçmeden önce halk, Aile Hekimliği konusunda eğitilecektir. Aile hekimlerinin nasıl bir hizmet verdiği anlatılacak ve sistemin yeterince tanınması sağlanacaktır. Aile hekimliği sistemi, Türk sağlık sistemine ilave bir yük getirmeyecek aksine tasarruf sağlayacaktır. Hizmet, aile hekimlerinden ve pratisyen hekimlerden birinci basamakta alınacağından tedavi faturaları ikinci veya üçüncü basamak sağlık tesislerine göre daha düşük olacaktır. Sadece genel sağlık sigortası kapsamında yoksulların ödemeleri devlet tarafından yapılacağı için ek bir kaynak gerekmektedir.

Sağlık İşletmesi

1987 yılında yürürlüğe giren 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun 5 inci maddesi "Milli Savunma Bakanlığı" hariç kamu kurum ve kuruluşlarına ait tüm sağlık kuruluşlarının kamu tüzel kişiliğine haiz sağlık işletmelerine dönüştürülmesine imkan tanımıştır.

Bu imkan ile hastanelerimizin verimlilik ve etkililik esaslarına dayalı işletmecilik anlayışı ile hizmet veren kendi gelirleri ile giderlerini karşılayabilen ve kendi personelini ihtiyaçları doğrultusunda planlayan ve niteliklerine göre istihdam edebilen, idarî ve malî yönden özerk, piyasa koşullarında rekabet edebilen kurumlar haline getirilmesi mümkün olabilecektir.

Ayrıca, yerel yönetim ve kamu kuruluşlarının da temsil edildiği yönetim kurullarının oluşturulacağı tedavi, tıbbî bakım, tıbbî teknoloji ve nitelikli sağlık insangücü olanaklarının ülke genelinde dengeli ve ulaşılabilir adil ve sürekli biçimde sunulması suretiyle bölgeler arası farklılıkların giderilmesine olanak sağlayan bir modelin uygulanacağı bir sistem düşünülmektedir. Diğer taraftan, yürürlükteki sağlık işletmelerinin kuruluşu, yönetimi, çalışma usul ve esaslarına dair Yönetmelik'ten hareketle, Bakanlığımıza ait sağlık işletmesi statüsü verilecek hastanelerin tespiti bakımından malî durum, hasta potansiyeli, sağlık insangücü, hizmet birimi, bina, fizikî altyapı, teknolojik donanım, yatak kapasitesi kullanımı, sunulan tıbbî ve otelcilik hizmetlerinin kalitesi ve benzeri göstergelerine ilişkin kriterleri belirleyecek bir şablon oluşturulması, ayrıca ilgili mevzuat ile eksiklik ve aksaklıkların uygulama bakımından ele alınarak revize edilmesi amacıyla bir komisyon oluşturularak çalışmalara başlanmıştır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı

Sağlıkta Dönüşüm Programı, geçmiş "reform" çalışmaları ile "sağlık projesi", çalışmalarındaki birikimin mirasını değerlendirerek, gelecekte geçilmesi düşünülen sağlık sistemini tasarlayacak ve tasarlanan sisteme geçişi kolaylaştıracaktır. Mevcut sistem içinde yapılacak küçük ama etkili müdahaleler hazırlık adımlarının bir an önce atılmasını sağlayacaktır. Ancak bu sayede sürekli değişim ve gelişim elde edilebilir ve başarı sağlanabilir.

Bu güne kadar Bakanlık bünyesinde ulusal ve uluslar arası katılımı yapılmış çok sayıda çalışma proje ortaya konmuş ve bu projeler "reform" diye adlandırılmıştır. Ancak, bugüne kadar

defalarca reform iddiası ile ortaya konan benzer çalışmaların uygulama alanı bulamamış olması kamuoyunun güvenini sarsmıştır. Ayrıca mevcut gidişatı tamamen sonlandırıp yeni bir sisteme geçmek gerçekçi olmamaktadır. Özlenen değişimi gerçekleştirmek için mevcut yapıyı tahrip etmeden planlanan hedefe doğru dönüştürmek gerekir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın amaçları sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulmasıdır.

Etkililik, uygulanacak politikalarda halkın sağlık düzeyini yükseltmek amacını ifade etmektedir. Sağlık hizmetinin sunumundaki en büyük hedef insanların hastalanmasının önlenmesi olmalıdır. Bu amaca ulaşmak, epidemiyolojik göstergelerde sağlanacak ilerlemelerle ortaya çıkacaktır. Anne ve çocuk ölümlerinin azaltılması ve doğuştan beklenen yaşam süresinin artırılması bu amaca ulaşılmasının en somut örnekleri olacaktır.

Verimlilik, kaynakları uygun şekilde kullanarak maliyeti düşürüp, aynı kaynakla daha fazla hizmetin üretilmesidir. İnsan kaynaklarının dağılımı, malzeme yönetimi, akılcı ilaç kullanımı, sağlık işletmeciliği ve koruyucu hekimlik uygulamaları bu esas çerçevesinde değerlendirilmelidir. Ülkenin tüm sektörel kaynaklarının sistem içine alınması ve entegrasyonunun sağlanması verimliliği arttıracaktır.

Hakkaniyet, insanlarımızın sağlık hizmetlerine ihtiyaçları ölçüsünde ulaşmalarının ve hizmetlerin finansmanına mali güçleri oranında katkıda bulunmalarının sağlanmasıdır. Gerek farklı sosyal gruplar, gerek kırsal-kent, gerekse doğu-batı arasındaki sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık göstergeleri ile ilgili farklılıkların azaltılması, hakkaniyet amacı kapsamında yer almaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı, bugüne kadar yapılmış bütün çalışmaları dikkate alan, katılımcı ve demokratik karar süreçleri ile en uygun çözümler üretmeyi amaçlayan kapsamlı bir programdır. Programın başarısı, bu alanda sorumluluğu olan herkesin kendi üzerine düşenleri yapmasına bağlıdır.

Neticede sağlık hizmetlerinde mükemmelle ulaşmak mümkün değildir. Günün şartları içinde ortaya çıkan ihtiyaç ve sorunların sınırlı kaynaklarla çözülmesi gerekmektedir. Yine sağlık reformları incelendiğinde, başarıyı etkileyen unsurların başında mevcut hükümetin istikrarlı olup olmadığı, hükümet içerisinde ortak görüşün bulunup bulunmadığı, Başbakan ve Bakanlar tarafından bu çalışmaların desteklenip desteklenmediği, hükümetlerin görev süreleri, yeni görev başına gelen hükümetlerin geçmişte başlatılan çalışmalara ve birikimlere yaklaşımı, bürokrat ve teknokratların konuya sahip çıkması, yapılacak çalışmalardan elde edilecek sonuçlar ve bu sonuçlardan etkilenecek veya faydalanacak kesime bunun çok iyi bir şekilde anlatımı ve desteklerinin sağlanması, çalışmanın sosyal pazarlaması, medya tanıtımı ve desteğinin sağlanmasının olduğu görülmektedir. Başarıyı getiren diğer önemli bir özellik de, sistemde asıl sorunun belirlenerek belki küçük ama etkili müdahalelerin yapılabilmesi, tamamen yeni bir oluşum yerine eksik işleyen noktalarda gerekli düzenlemeleri gerçekleştirerek adım adım ve sürekli iyileştirmenin sağlanabilmesidir. Gelişmekte olan ülkelerle gelişmiş ülkelerdeki sağlık reformları arasındaki en önemli fark budur. Sağlık reformlarının başarısını etkileyen temel faktörü bu fark oluşturmaktadır. Bundan dolayı gelişmekte olan ülkelerde adım adım ve sürekli bir iyileştirme olamadığı için bazı kesimlerde sağlık reformlarına antipati, inançsızlık veya ümitsizlik doğmaktadır. Uygulamalarda gösterilecek başarı ile halkın antipatisi de ortadan kalkacaktır.

KAYNAKLAR

- 1-Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl, Ankara, 1973**
- 2-Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı-2003, Ankara, 2004**
- 3-AK B.,ATAÇ A.,Osmanlı Devletinde Sağlık Hizmetleri Sempozyumu, Ankara, 2000**
- 4-Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta 80 Yıl, Ankara, 2000**
- 5-Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlık Hizmetlerinde 3 Yıl (Mayıs 1999-Mayıs2002), Ankara, 2002**
- 6-Devlet Planlama Teşkilatı, VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı, Ankara, 2002**
- 7- Devlet Planlama Teşkilatı, VIII. Beş Yıllık Kalkınma Programı, Ankara, 2002**
- 8-Devlet İstatistik Enstitüsü, Türkiye İstatistik Yıllığı 2001, Ankara, 2002**
- 9-Sağlık Bakanlığı (APK Kurul Başkanlığı), Hastalık İstatistikleri (1964-1994), Ankara, 1996**
- 10-Sağlık Bakanlığı (APK Kurul Başkanlığı), Sağlık İstatistikleri (2001), Ankara, 2002**
- 11-Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm Programı, Ankara, 2003**
- 12-Sağlık Bakanı Sayın Recep AKDAĞ'ın 2003 Mali Yılı Bütçe Konuşması**

TABLO:1- TÜRKİYE'DE NÜFUS VE YATAKLI TEDAVİ KURUMLARININ SAYISAL GELİŞİMİ, (1923-2003)

Yıllar	Kurum Sayısı	Yatak Sayısı	Nüfus	10 Bin Nüfusa	
				Düşen Yatak	
1923	86	6437	12.359.040	5,1	
1925	167	9561	13.002.960	7,3	
1930	182	11398	14.361.480	7,8	
1935	176	13038	16.158.018	7,0	
1940	198	14383	17.820.950	8,0	
1945	197	16133	18.790.174	8,5	
1950	201	18837	20.947.188	9,0	
1955	426	34526	24.064.763	14,4	
1960	566	45807	27.754.820	16,6	
1965	626	55451	31.391.421	17,8	
1970	746	71876	35.605.176	20,3	
1975	798	80264	40.347.719	20,3	
1980	827	99117	44.736.957	22,2	
1985	722	103918	50.664.458	20,2	
1990	899	136638	56.473.035	24,0	
1995	1051	151972	61.644.000	24,6	
2000	1226	172449	67.853.000	25,8	
2003	1172	180797	70.877.000	25,5	

Not: 1- 1925-1945 yılları arası hekim sayısı mezun sayısına göre hesaplanmış tahmini rakamlardır.

2- 1923,1925,1930,1995 Yılları nüfusları tahminidir.

3- Bazı yıllardaki kurum ve yatak sayısında görülen azalma Sağlık Merkezleri'nin Sağlık Ocaklarına dönüştürülmesinden kaynaklanmaktadır.

TABLO:2- SAĞLIK BAKANLIĞI BÜTÇESİ

(BİN TL.)

YIL	BAKANLIK BÜTÇESİ	BAKANLIK BÜTÇESİNİN DEVLET BÜTÇESİNE ORANI (%)	TEDAVİ HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ BÜTÇESİNİN BAKANLIK BÜTÇESİNE ORANI (%)
1923	3.038	2,21	
1925	4.860	2,64	
1930	4.502	2,02	
1935	4.820	2,54	
1940	8.185	3,05	
1945	18.809	3,12	
1950	60.615	4,08	
1955	152.463	5,18	
1960	382.762	5,27	
1965	590.950	4,10	
1970	888.080	3,08	
1975	3.815.161	3,54	42,4
1980	31.822.605	4,21	40,3
1985	137.462.333	2,54	44,7
1990	2.633.217.000	4,12	51,4
1995	49.417.951.000	3,70	43,3
2000	1.059.825.001.000	2,26	40,3
2002	2.345.447.691.000	2,40	40,3
2003	3.570.054.000.000	2,43	38,0

NOT : 1) 1973 yılına kadar özellikle Bakanlık merkez ve taşra örgütü personel giderleri tek bir kaynaktan karşılandığı için Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğünün kesin bütçesi verilememiştir.

2) Bütçe başlangıç ödenekleri esas alınmıştır.

TABLO:3- TÜRKİYE'DE HASTANE HİZMETLERİNİN GELİŞİMİ,(1925-2003)

Yıl	Kurum Sayısı	Yatak Sayısı	Polk.Sayısı	Yatan Hasta Sayısı	Ameliyat Sayısı			Doğum Sayısı
					Büyük	Orta	Küçük	
1925	167	9561	54843	26744				
1930	182	11398	244355	58309				
1940	198	14383	1161495	176833				
1950	301	18837	1892575	322686				
1960	566	45807	6988257	931228				
1970	746	71876	15177715	1552848				
1980	827	99117	25648756	1905763	198104	178471	184227	447808
1990	857	120738	55540245	3186336	360983	345525	299513	671535
1991	899	109324	55264961	3135505	379399	330478	304245	676918
1992	928	111169	59219722	3378324	414109	352049	302615	704271
1993	962	112194	62874153	3496498	432696	198390	285513	738967
1994	982	116298	70238784	3740015	465289	373131	305407	776542
1995	1009	118548	75870768	3876520	502438	394019	298909	777051
1996	1034	120.594	79.566.585	4.084.002	543.245	399.624	305.302	787.594
1997	1.078	124.275	88.503.739	4.407.087	601.406	431.669	320.712	854.294
1998	1.138	129.925	95.728.565	4.640.357	642.614	472.174	323.391	855.016
1999	1.171	134.955	102.667.724	4.864.134	675.894	490.112	328.623	885.441
2000	1.184	140.710	105.794.119	5.075.170	743.100	549.183	345.815	872.581
2001	1.198	159.290	120.268.687	5.290.024	844.512	633.762	397.577	849.293
2002	1.114	143.876	124.317.359	5.508.263	933.009	665.353	455.289	806.367
2003	1.172	180.797	129.733.118	5.736.517	1.065.986	627.483	511.031	788.206

Not: MSB Hastanelerini kapsamaz.

TABLO:4- TÜRKİYE'DE SAĞLIK PERSONELİ GELİŞİMİ, 1930-2002

Yıl	Uzman H.	Prat.H.	Diş Hekimi	Eczacı	Sağlık Me.	Hemşire	Ebe
1930	1.182			127	1.268	202	400
1935	1.625			125	1.365	325	451
1940	2.387			129	1.493	405	616
1945	3.886			116	1.632	409	806
1950	3.647	3.248	910	130	4.018	721	1.285
1955	3.192	3.885	1.175	1.256	3.927	1.525	2.001
1960	4.181	4.033	1.395	1.390	3.550	1.658	3.219
1965	6.657	4.283	1.932	1.771	4.676	4.592	4.329
1970	8.818	5.025	3.245	3.011	9.954	8.796	11.321
1975	12.698	9.016	5.046	7.002	11.021	14.806	12.975
1980	16.699	10.542	7.077	11.578	11.664	26.880	15.880
1985	20.878	15.549	8.305	12.202	10.525	30.854	17.987
1990	24.900	25.739	10.514	15.792	21.547	44.984	30.415
1995	29.846	39.503	11.717	19.090	39.342	64.243	39.551
2000	38.064	47.053	16.002	23.266	46.528	71.600	41.590
2002	43.660	51.530	17.108	22.322	49.324	79.059	41.513

Kaynak : Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri 2003

TABLO:5- TÜRKİYE'DE HASTANE VE YATAK SAYILARININ KURULUŞLARA GÖRE GELİŞİMİ, (1980 - 2003)

YILLAR	GENEL TOPLAM		SAĞLIK BAKANLIĞI		SSK		ÜNİVERSİTE		ÖZEL		DİĞER	
	Kurum	Yatak	Kurum	Yatak	Kurum	Yatak	Kurum	Yatak	Kurum	Yatak	Kurum	Yatak
1980	869	98.758	608	57681	72	17938	19	12846	75	2162	95	8131
1981	860	97.555	604	57996	76	16405	19	12846	83	2415	78	7893
1982	668	98.382	411	58283	78	16855	20	14704	87	2571	72	5969
1983	646	99.396	412	59.783	78	17.352	20	13.803	87	2.564	49	5.894
1984	686	100.496	451	60.483	77	17.713	20	13.803	93	2.772	45	5.725
1985	722	103.918	481	62.603	77	17.820	23	14.653	96	2.857	45	5.985
1986	736	107.152	499	64.803	77	18.220	23	15.272	94	2.889	43	5.968
1987	756	111.135	508	65.448	83	18.597	24	17.749	96	3.188	45	6.153
1988	777	113.010	527	66.428	87	19.305	24	17.749	93	3.212	46	6.316
1989	812	116.061	549	68.258	91	20.129	24	17.749	102	3.614	46	6.311
1990	857	120.738	593	71.258	93	21.096	23	18.068	103	3.955	45	6.361
1991	899	123.706	616	72.513	103	22.174	25	18.298	112	4.355	43	6.366
1992	928	126.611	634	74.078	105	22.962	25	18.298	122	4.921	42	6.352
1993	962	131.874	654	76.063	110	25.041	27	19.009	129	5.459	42	6.302
1994	982	134.665	666	77.753	115	25.196	29	19.852	133	5.690	39	6.174
1995	1.009	136.072	677	76.991	115	25.397	33	20.811	141	6.167	43	6.706
1996	1.034	139.919	682	78.347	115	25.359	35	22.056	159	7.236	43	6.921
1997	1.078	144.984	698	80.297	115	25.934	37	23.383	184	8.419	44	6.951
1998	1.138	148.987	727	82032	115	26279	40	23828	212	10126	44	6722
1999	1.171	153.465	734	84022	115	27062	42	24094	232	11375	48	6912
2000	1.184	156.549	744	86117	118	27900	42	24647	234	11667	46	6218
2001	1.198	159.290	751	87709	118	28517	43	24754	239	11922	47	6388
2002	1.114	162235	654	88827	120	28979	50	26024	241	11870	49	6535
2003	1.130	164897	668	91202	121	29157	50	26162	246	11824	45	6552

NOT:1)Diğer bölümü:Dernek,Yabancı,Azınlık,KİT,Belediye ve Diğer Bakanlıklara ait hastaneleri kapsar.

2) Milli Savunma Bakanlığı'na ait 42 hastane ve15900 yatağı kapsamaz.

TABLO:6- Türkiye'de Yıllara Göre Sağlık Harcamaları, 1980-2003

Yıllar	Toplam Sağlık Harcaması GSMH (%)	Kamu (%)	Kişi Başına Sağlık Harcaması		
			(Bin TL)	(\$)	(\$/SAGP)(1)
1980	3.5	51.4	4.2	55.5	86.5
1981	3.1	46.2	5.5	50.1	86.3
1982	3.1	45.6	7.0	43.3	91.8
1983	3.2	46.0	9.3	41.3	99.0
1984	3.1	43.9	13.9	38.2	101.4
1985	2.9	44.6	20.5	39.2	102.0
1986	2.9	46.5	28.4	42.5	108.4
1987	3.0	49.8	42.6	49.9	122.9
1988	3.0	52.2	72.5	51.0	129.6
1989	3.4	58.5	141.1	66.5	149.0
1990	3.5	61.9	247,7	95.0	173.8
1991	3.7	63.5	408,0	97.8	182.4
1992	3.9	66.2	739,7	107.7	207.0
1993	4.2	68.2	1.428,8	130.1	247.1
1994	4.1	64.7	2.641,3	85.2	161.9
1995	3.8	64.3	4.866,7	106.5	234.3
1996	3.7	64.0	8.699,6	111.4	251.1
1997	3.6	63.0	16.182,7	119.8	259.1
1998	4.0	63.0	33.578,3	139.9	279.1
1999	4.1	79.9	48.500,0	116.4	220.0
2000	4.3	80.0	84.300,0	135.3	250.0
2001	3.9	78.0	99.511,0	81.4	170.9
2002	4.3	77.0	168.137,8	111.7	245.7
2003	4.5	77.0	230.348,8	153.5	322.3

KAYNAK :Yıldırım, S., "Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi", DPT
(1) Satınalım gücü Paritesine göre hesaplanmıştır.

TABLO:7- YEŞİLKART HİZMETLERİNİN GELİŞİMİ,(1992-2003)

	Başvuran	Kart Verilen	Harcama Miktarı
Yıllar	Kişi Sayısı	Kişi Sayısı	(Milyon TL)
1992	910,873		7,248
1993	2,060,849	1,845,832	668,248
1994	1,498,213	1,460,111	2,046,954
1995	1,674,712	1,325,276	5,977,284
1996	970,889	716,338	9,695,274
1997	1,298,526	953,912	23,242,378
1998	1,345,953	1,093,465	53,579,962
1999	1,352,148	961,186	111,880,334
2000	1,610,828	1,404,677	167,091,891
2001	1,674,706	1,372,419	304,471,251
2002	2,137,520	1,502,452	483,780,553
2003	1,311,728	294,921	729,529,458

TABLO:8- TÜRKİYE DE YATAKLI TEDAVİ KURUMLARININ KURULUŞLARA GÖRE DAĞILIMI, 31.12.2003

KURULUŞUN ADI	Hastane	Kadro yatağı	
	sayısı	Sayısı	% Dağılımı
TOPLAM	1.172	180.797	100,0
Sağlık Bakanlığı	668	91.202	50,4
Milli Savunma Bakanlığı	42	15.900	8,8
Sosyal Sigortalar Kurumu	121	29.157	16,1
İktisadi Devlet Kuruluşları	8	1.607	0,9
Diğer Bakanlıklar	2	680	0,4
Tıp Fakülteleri	50	26.162	14,5
Belediyeler	9	1.389	0,8
Dernek ve Vakıf Hastaneleri	18	1.674	0,9
Yabancılar	3	268	0,1
Azınlıklar	5	934	0,5
Özel	246	11.824	6,5

TABLO:9- TÜRKİYE'DE HASTANE VE YATAK SAYILARININ İLLERE VE KURULUŞLARA GÖRE DAĞILIMI

31.12.2003

İLLER	TOPLAM		SAĞLIK BAKANLIĞI		SSK		ÜNİVERSİTE		ÖZEL		DİĞER	
	Kurum	Yatak	Kurum	Yatak	Kurum	Yatak	Kurum	Yatak	Kurum	Yatak	Kurum	Yatak
TOPLAM	1130	164897	668	91202	121	29157	50	26162	246	11824	45	6552
ADANA	21	4558	12	2285	2	756	2	1250	5	267	0	0
ADİYAMAN	7	780	6	730	1	50	0	0	0	0	0	0
AFYON	18	2071	15	1620	1	301	1	100	1	50	0	0
AĞRI	7	280	7	280	0	0	0	0	0	0	0	0
AMASYA	7	810	5	650	2	150	0	0	0	0	0	10
ANKARA	63	15880	26	6985	8	2469	8	4924	13	794	8	708
ANTALYA	27	3076	13	1715	1	560	2	326	10	425	1	50
ARTVİN	9	580	7	430	2	150	0	0	0	0	0	0
AYDIN	15	1713	8	1140	2	364	1	120	4	89	0	0
BALIKESİR	22	2600	16	1851	3	615	0	0	3	120	0	14
BİLECİK	5	278	4	228	1	50	0	0	0	0	0	0
BİNGÖL	6	430	6	430	0	0	0	0	0	0	0	0
BİTLİS	7	475	6	425	1	50	0	0	0	0	0	0
BOLU	9	1480	6	780	1	180	2	520	0	0	0	0
BURDUR	5	670	4	625	1	45	0	0	0	0	0	0
BURSA	24	4300	17	2780	3	743	1	611	3	166	0	0
ÇANAKKALE	11	947	10	837	1	110	0	0	0	0	0	0
ÇANKIRI	6	540	6	540	0	0	0	0	0	0	0	0
ÇORUM	16	1629	13	1340	2	241	0	0	1	48	0	0
DENİZLİ	16	1424	11	1120	1	117	1	41	3	146	0	0
DİYARBAKIR	11	2680	7	1175	1	420	1	1050	2	35	0	0
EDİRNE	10	1291	6	515	1	50	1	663	2	63	0	0
ELAZIĞ	11	2367	8	1765	1	405	1	170	1	27	0	0
ERZİNCAN	10	651	9	530	1	120	0	0	0	0	0	1
ERZURUM	12	3000	8	1350	2	355	1	1250	1	45	0	0

ESKİŞEHİR	13	2984	6	965	2	534	2	1035	1	22	2	428
GAZİANTEP	12	2320	5	1200	1	580	1	150	4	340	1	50
GİRESUN	12	1195	11	1085	1	110	0	0	0	0	0	0
GÜMÜŞHANE	5	355	5	355	0	0	0	0	0	0	0	0
HAKKARİ	3	155	3	155	0	0	0	0	0	0	0	0
HATAY	15	1572	9	980	2	445	0	0	4	142	0	5
ISPARTA	13	2710	11	2380	1	200	1	125	0	0	0	5
MERSİN	16	3176	8	1680	2	1052	1	200	4	204	1	40
İSTANBUL	191	34746	32	11355	13	6799	5	5998	122	6537	19	4057
İZMİR	46	9950	21	4495	4	1912	3	2182	13	662	5	699
KARS	4	355	4	355	0	0	0	0	0	0	0	0
KASTAMONU	16	1463	13	980	2	460	0	0	1	15	0	8
KAYSERİ	21	2634	13	1380	1	310	2	817	4	70	1	57
KIRKLARELİ	9	662	6	550	2	94	0	0	1	18	0	0
KIRŞEHİR	7	525	6	425	1	100	0	0	0	0	0	0
KOCAELİ	19	2324	6	875	4	863	1	370	6	156	2	60
KONYA	36	3637	23	2320	4	590	1	400	5	149	3	178
KÜTAHYA	12	1233	6	700	6	533	0	0	0	0	0	0
MALATYA	12	1455	8	745	1	316	1	340	2	43	0	11
MANİSA	25	2949	16	2070	4	450	1	300	4	129	0	0
K.MARAŞ	12	1299	8	975	1	150	1	94	2	80	0	0
MARDİN	5	500	5	500	0	0	0	0	0	0	0	0
MUĞLA	19	1631	9	1085	3	248	0	0	6	267	1	31
MUŞ	4	460	4	460	0	0	0	0	0	0	0	0
NEVŞEHİR	7	534	5	395	1	89	0	0	1	50	0	0
NIĞDE	8	735	7	610	1	125	0	0	0	0	0	0
ORDU	14	1567	12	1290	2	277	0	0	0	0	0	0
RİZE	7	818	5	541	2	277	0	0	0	0	0	0
SAKARYA	13	1377	8	920	1	280	0	0	4	177	0	0
SAMSUN	19	4057	14	2435	2	800	1	721	2	101	0	0
SİİRT	5	315	5	315	0	0	0	0	0	0	0	0
SİNOP	6	560	5	430	1	130	0	0	0	0	0	0
SİVAS	15	2613	12	1380	1	376	1	720	0	0	1	137
TEKİRDAĞ	15	1176	8	875	2	120	0	0	5	181	0	0
TOKAT	13	1582	10	1300	2	222	1	60	0	0	0	0
TRABZON	16	2677	13	1710	1	300	1	600	1	67	0	0
TUNCELİ	1	100	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0

ŞANLIURFA	13	1344	10	975	1	250	1	100	1	19	0	0
UŞAK	7	795	5	675	1	100	0	0	1	20	0	0
VAN	10	1365	8	930	1	110	1	325	0	0	0	0
YOZGAT	11	880	11	880	0	0	0	0	0	0	0	0
ZONGULDAK	10	2205	6	650	3	1102	1	450	0	0	0	3
AKSARAY	9	640	9	640	0	0	0	0	0	0	0	0
BAYBURT	1	100	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0
KARAMAN	3	415	3	415	0	0	0	0	0	0	0	0
KIRIKKALE	8	975	6	605	1	220	1	150	0	0	0	0
BATMAN	5	294	3	210	1	50	0	0	1	34	0	0
ŞIRNAK	5	215	5	215	0	0	0	0	0	0	0	0
BARTIN	4	312	3	260	1	52	0	0	0	0	0	0
ARDAHAN	3	155	3	155	0	0	0	0	0	0	0	0
İĞDIR	2	150	1	100	1	50	0	0	0	0	0	0
YALOVA	1	100	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0
KARABÜK	7	763	5	530	1	180	0	0	1	53	0	0
KİLİS	1	190	1	190	0	0	0	0	0	0	0	0
OSMANİYE	6	563	5	550	0	0	0	0	1	13	0	0
DÜZCE	3	525	3	525	0	0	0	0	0	0	0	0

NOT: 1)Diğer bölümü:Dernek,Yabancı,Azınlık,KİT,Belediye ve Diğer Bakanlıklara ait hastaneleri kapsar.

2) Millî Savunma Bakanlığı'na ait hastaneleri kapsamaz.

TABLO:10- TÜRKİYE' DE YATAKLI TEDAVİ KURUMLARININ DALLARA GÖRE DAĞILIMI

31.12.2003

D A L L A R	T O P L A M			SAĞLIK BAKANLIĞI			D İ Ğ E R		
	Kurum	Y A T A K		Kurum	Y A T A K		Kurum	Y A T A K	
	sayısı	Sayı	% Payı	sayısı	Sayı	% Payı	sayısı	Sayı	% Payı
TOPLAM	1172	180797	100,0	668	91202	100,0	504	89595	100,0
Genel Hastane	1013	146653	81,1	553	63774	69,9	460	82879	92,5
Doğum ve Çocuk Bakımevi	57	9591	5,3	48	7550	8,3	9	2041	2,3
Göğüs Has. Hast	27	7955	4,4	22	5885	6,5	5	2070	2,3
Göğüs Kalp Damar Cer.Merk.	6	2278	1,3	6	2278	2,5			-
Ruh Sağ.Has.Hast.	8	6075	3,4	6	5620	6,2	2	455	0,5
Kemik Has.Hast.	3	1450	0,8	3	1450	1,6			-
Cocuk Has.Hast.	9	1905	1,1	6	1245	1,4	3	660	0,7
Fizik Ted.ve Reh.Merk.	16	1743	1,0	9	1205	1,3	7	538	0,6
Kardiyoloji Hastanesi	2	234	0,1	-	-	-	2	234	0,3
Onkoloji Hast.	5	962	0,5	3	800	0,9	2	162	0,2
Zührevi Has.Hast.	2	100	0,1	1	70	0,1	1	30	0,0
Göz Hast.	8	355	0,2	1	120	0,1	7	235	0,3
Acil Yardım ve Travmatoloji Hast	7	910	0,5	6	860	0,9	1	50	0,1
Lepra Hast	2	315	0,2	2	315	0,3	-	-	-
Meslek Hast Hast.	2	85	0,0	-	-	-	2	85	0,1
Diyabet Hast	2	64	0,0	-	-	-	2	64	0,1
Diş Hast.	3	40	0,0	2	30	0,0	1	10	0,0
Dispanser ve Revir	0	82	0,0	-	-	-		82	0,1

NOT: 1)MSB'na ait 42 Hastane ve 15900 yatak Genel hastaneler içinde gösterilmiştir.

2)Revir ve Dispanserler kurum olarak sayılmamıştır.

TABLO:11- TEDAVİ HİZMETLERİ İLE İLGİLİ MEVZUAT

Kanunlar			
Mevzuatın Adı	Kanun	Resmi Gazetenin	
	No	Tarihi	Sayısı
Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun	1219	14.04.1928	863
Umumi Hıfzıssıhha Kanunu	1593	06.05.1930	1489
Hususi Hastaneler Kanunu	2219	05.06.1933	2419
Hemşirelik Kanunu	6283	02.03.1954	8647
Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları İle Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun	209	09.01.1961	10702
Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun	224	12.01.1961	10705
Organ ve Doku Alınması,Saklanması ve Nakli Hakkında Kanun	2238	03.06.1979	16655
Kan ve Kan Ürünleri Kanunu	2857	25.06.1983	18088
Sağlık Bakanlığı Teşkilat ve Görevleri Hakkında K.H.K	181	14.12.1983	18251
Bakanlıkların Kuruluş ve Görev Esasları Hakkında Kanun	3046	09.10.1984	18540
Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu	3294	14.06.1986	19134
Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu	3359	15.05.1987	19461
Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun	3816	03.07.1992	21273
Tüzükler			
		Resmi Gazetenin	
		Tarihi	Sayısı
Tababet Uzmanlık Tüzüğü		18.04.1973	14511
Özel Hastaneler Tüzüğü		01.10.1983	17924
Tıpta Uzmanlık Tüzüğü		19.06.2002	24790
Yönetmelikler			
		Resmi Gazetenin	
		Tarihi	Sayısı
Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları İle Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkındaki 209 Sayılı Kanun Gereğince İşletme, İdare ve Muhasebe İşlerine Dair Yönetmelik		02.09.1961	10896
Devlet Memurlarının Tedavi Yardımı ve Cenaze Giderleri Yönetmeliği		11.08.1973	14622

% 1 Merkez Hissesi hakkında Genelge			11.04.2003	6987
Özel Hastaneler Hakkında Genelge			12.05.2003	9460-2003 /49
Hastane Döner Sermaye Gelirlerinden Alım İzni Onayı			24.06.2003	6299
Sağlık Bakanlığı-SSK Sağlık Tesislerinin Ortak Kullanımı Protokolü Hakkında Genelge ve Protokol Metni			27.06.2003	12861
Devlet Memurlarının Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarına Sevki Hakkında Genelge			15.08.2003	16058
4736 Sayılı Kanun'a İstinaden Tedavi Gideri Hakkında Genelge			08.09.2003	17236
Tıbbi Sarf Malzemelerinin Temini Hakkında Genelge			15.09.2003	17637
Paket Fiyat Hakkında Genelge			22.09.2003	18074
Tedavi Gideri Hakkında Genelge			22.09.2003	18137
Sağlık Bakanlığı-Bağ-Kur Genel Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Protokolü			04.09.2003	17121
Sağlık Bakanlığı-Türk Akreditasyon Kurumu (TÜRKA) Protokolü			24.09.2003	
Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Yönerge Hakkında Genelge ve Yönerge Metni			15.10.2003	19499-2003/ 124
Tıbbi Cihaz, Vücuda Yerleştirilebilir Aktif Tıbbi Cihazlar ve Vücut Dışında Kullanılan Tıbbi Tanı Cihazları Konusunda Faaliyet Gösterecek Onaylanmış Kuruluşlara Dair Tebliğ			(R.G.) 14.11.2003	25289

