SEKİZİNCİ BEŞ YILLIK KALKINMA PLANI

DPT: 2561 – ÖİK: 577

SAĞLIK HİZMETLERİNDE ETKİNLİK ÖZEL İHTİSAS KOMİSYONU RAPORU

ANKARA 2001

Ö N S Ö Z

Devlet Planlama Teşkilatı'nın Kuruluş ve Görevleri Hakkında 540 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname, "İktisadi ve sosyal sektörlerde uzmanlık alanları ile ilgili konularda bilgi toplamak, araştırma yapmak, tedbirler geliştirmek ve önerilerde bulunmak amacıyla Devlet Planlama Teşkilatı'na, Kalkınma Planı çalışmalarında yardımcı olmak, Plan hazırlıklarına daha geniş kesimlerin katkısını sağlamak ve ülkemizin bütün imkan ve kaynaklarını değerlendirmek" üzere sürekli ve geçici Özel İhtisas Komisyonlarının kurulacağı hükmünü getirmektedir.

Başbakanlığın 14 Ağustos 1999 tarih ve 1999/7 sayılı Genelgesi uyarınca kurulan Özel İhtisas Komisyonlarının hazırladığı raporlar, 8. Beş Yıllık Kalkınma Planı hazırlık çalışmalarına ışık tutacak ve toplumun çeşitli kesimlerinin görüşlerini Plan'a yansıtacaktır. Özel İhtisas Komisyonları çalışmalarını, 1999/7 sayılı Başbakanlık Genelgesi, 29.9.1961 tarih ve 5/1722 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile yürürlüğe konulmuş olan tüzük ve Müsteşarlığımızca belirlenen Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Özel İhtisas Komisyonu Raporu genel çerçeveleri dikkate alınarak tamamlamışlardır.

Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı ile istikrar içinde büyümenin sağlanması, sanayileşmenin başarılması, uluslararası ticaretteki payımızın yükseltilmesi, piyasa ekonomisinin geliştirilmesi, ekonomide toplam verimliliğin arttırılması, sanayi ve hizmetler ağırlıklı bir istihdam yapısına ulaşılması, işsizliğin azaltılması, sağlık hizmetlerinde kalitenin yükseltilmesi, sosyal güvenliğin yaygınlaştırılması, sonuç olarak refah düzeyinin yükseltilmesi ve yaygınlaştırılması hedeflenmekte, ülkemizin hedefleri ile uyumlu olarak yeni bin yılda Avrupa Topluluğu ve dünya ile bütünleşme amaçlanmaktadır.

8. Beş Yıllık Kalkınma Planı çalışmalarına toplumun tüm kesimlerinin katkısı, her sektörde toplam 98 Özel İhtisas Komisyonu kurularak sağlanmaya çalışılmıştır. Planların demokratik katılımcı niteliğini güçlendiren Özel İhtisas Komisyonları çalışmalarının dünya ile bütünleşen bir Türkiye hedefini gerçekleştireceğine olan inancımızla, konularında ülkemizin en yetişkin kişileri olan Komisyon Başkan ve Üyelerine, çalışmalara yaptıkları katkıları nedeniyle teşekkür eder, Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nın ülkemize hayırlı olmasını dilerim.

Dr. Akın İZMİRLİOĞLU
Müsteşar

SUNUŞ

60'lı yıllardan itibaren çağdaş ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de planlı kalkınma dönemlerine girilmiştir. Cumhuriyet hükümetlerinin hazırlanan kalkınma planları hedefleri doğrultusunda yaptıkları çalışmalar ülkemizin çağdaşlık düzeyinin yükseltilmesinde son derece yararlı olmuştur.

Bu dönemde de önümüzdeki 8. Beş Yıllık Kalkınma Planı çalışmaları için ülkemizin sağlık alanındaki çeşitli sektör temsilcilerinin katılımlarıyla oluşturulan Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu 6 alt grup oluşturarak yoğun bir çalışma temposuyla, raporunu bir buçuk ay içerisinde tamamlamıştır.

Devlet Planlama Teşkilatının son derece yerinde bir düşünceyle salt 2001-2005 yılları arasındaki hedeflerin değil, bunun yanı sıra Türkiye Cumhuriyetinin 100. Kuruluş yıldönümü olan 2023 yılının hedeflerinin de belirlenmesi kararını alması, komisyonlarımızın çalışmalarında ayrı bir şevk ve gurur kaynağı vesilesi olmuştur.

Türkiye Cumhuriyeti Anayasasının 56. maddesinde "Sağlık hizmetlerinin ve çevrenin korunması" başlığı altında belirtildiği üzere devletin bu konulardaki yükümlülüklerinin neler olduğunun irdelendiği komisyonlarımızın raporlarında 21. yüzyıla giren Türkiye'nin çağdaş sağlık normlarına ulaşması konusunda akılcı öneriler sunulmaktadır.

Bir yandan 10-11 Aralık 1999 tarihlerinde Avrupa Konseyinin Helsinki'de yapmış olduğu toplantıda aldığı karar doğrultusunda Türkiye'nin Avrupa Birliğine aday ülke olarak kabul edilmesi, diğer yandan Dünya Sağlık Örgütünün "21. Yüzyılda Herkes İçin Sağlık" hedefleri doğrultusunda ülkemizde de "Ulusal Sağlık 21 Politikası" çalışmalarının başlatılmış olması 8. Beş Yıllık Kalkınma Planı çalışmalarına ayrı bir önem kazandırmıştır.

65 milyon nüfusa sahip ülkemizde sağlık hizmet sunumunun her basamağında yaşanan sıkıntılar halen güncelliğini korumaktadır. Avrupa Birliği ile uyum çalışmaları çerçevesinde bu alanda atılacak adımlar çok önem kazanmaktadır. Emek-yoğun bir sektör olan sağlık insangücü çalışmaları yine günümüzde çağdaş dünyanın uyguladığı uluslararası normlara uygun olma koşulunu yerine getirmek zorundadır. Bugün sağlık hizmetlerinin planlanması ve uygulanması için toplanan veriler ve araştırmalara dayalı olarak hazırlanan bu tip raporlar, gerek bakanlıklar ve sağlık sektörü gerekse de diğer ilgili sektörler için vazgeçilmez veri kaynaklarını oluşturmaktadır. Bu tip çalışmalardan beklenen yararları toplumun sağlık

düzeyinin geliştirilmesinde karar vericilere yol göstermek, sağlığa kaynak tahsisinde öncelikleri belirlemek, sağlığın gelişiminde sektörlerarası işbirliğini ve toplumun katılımını sağlamak şeklinde özetlemek mümkündür.

Yukarıda açıkladığımız nedenlerle hazırlanan Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu raporlarının aynı işlevleri görmesi ortak dileğimizdir.

Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonumuzun çalışmaları sırasında bizlere her türlü olanağı sağlayan Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürü sayın Savaş YILDIRIM'a, DPT'nin değerli Uzmanları Muharrem VARLIK, Günşen TANTEKİN ve Sedat ÇETİK'e, raportörümüz Nuray TANRITANIR'a, oluşturulan komisyon raportörlüğünün redaktörlüğünü titiz bir iş disiplini ve örnek bir görev anlayışı ile gerçekleştiren Dt. Orhan ÖZKAN'a, sonuç raporunun yazımı aşamasında her türlü olanaklarını bizlerin hizmetine sunan Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Koordinatörü sayın Süleyman Can NUMANOĞLU ve Dr. Toker ERGÜDER, Dr. Serdar ESİN, Uz. Dr. Nuray DİLNUTT, Uz. Kader Cengiz KAYA ve Eylem TAŞKAN'a en içten teşekkürlerimi sunarım.

Prof. Dr. Semih BASKAN

VIII. BEŞ YILLIK KALKINMA PLANI

SAĞLIK HİZMETLERİNDE ETKİNLİK

ÖZEL İHTİSAS KOMİSYONU

ÜYELERİ LİSTESİ

Başkan	:	Prof. Dr. Semih BASKAN (Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi)
Raportör	:	Nuray TANRITANIR (DPT Sözleşmeli Personel)
Koordinatörler	:	Muharrem VARLIK (DPT Uzmanı) Günşen TANTEKİN (DPT Uzmanı) Sedat ÇETİK (DPT Uzmanı)
Redaktör	:	Dt. Orhan ÖZKAN Türk Diş Tabipleri Birliği Fahri Başkanı

VIII. BEŞ YILLIK KALKINMA PLANI
SAĞLIK HİZMETLERİNDE ETKİNLİK
ÖZEL İHTİSAS KOMİSYONU
ALT KOMİSYONLARI VE ÜYELERİ

1. SAĞLIKTA ÖNCELİKLER VE HEDEFLER ALT KOMİSYONU

Başkan : Prof. Dr. Murat TUNCER

Raportör : Doç. Dr. Mehtap TATAR

Redaktör : Doç. Dr. Nesrin ÇİLİNGİROĞLU

Üyeler : Prof. Dr. Dilek EROL

Prof. Dr. Zafer ÖZTEK

Doç. Dr. Gül BALTACI

Doç. Dr. Fahreddin TATAR

Dr. Haluk ÖZSARI

Dr.Oğuz ENGİZ

Özlem AŞKIN

2. SAĞLIK ENFORMASYON SİSTEMİ ALT KOMİSYONU

Başkan : Prof. Dr. Kadir SÜMBÜLOĞLU

Raportör : Uzm. Kadri Mahmut ARSLAN

Genel Sağlık Hizmetleri Enformasyonu Çalışma Grubu

Prof. Dr. Kadir SÜMBÜLOĞLU

Yrd. Doç. Dr. Bilal AK

Uzm. Dr. Hatice ŞAHİN

Dr. Suat DURANAY

Murat BARDAK

Uzm. Kadri Mahmut ARSLAN

Hastane Hizmetleri Enformasyonu Çalışma Grubu

Prof. Dr. Metin ÇAKMAK

Doç. Dr. İbrahim ÜNSAL

Doç. Dr. Vildan SÜMBÜLOĞLU

Yrd. Doç. Dr. Bilal AK

Yrd. Doç. Dr. Hülya UÇAR

Dr. Aslan KAPLAN

Arş. Gör. Ali YILMAZ

Uzm. Kadri Mahmut ARSLAN

Faruk BOZKURT

Standardizasyon Çalışma Grubu

Prof. Dr. Yıldır ATAKUT

Doç. Dr. Ayşen SİVRİ

Yrd. Doç. Dr. Hülya UÇAR

Arş. Gör. Ali YILMAZ

Esat Nadir ERYILMAZ

Sıdıka CANDOĞAN

İnternet Çalışma Grubu

Dr. Tolga TURGAY

Dr. Tuncay DELİBAŞI

Dr. Mehmet T. KİTAPÇI

Arş. Gör. Cengiz BAL

Uzm. Bahattin HAMARAT

3. SAĞLIK HİZMETLERİ SUNUMU ALT KOMISYONU

Başkan : Prof. Dr. Hikmet PEKCAN

Raportör : Yrd. Doç. Dr. Çağrı KALAÇA

Üyeler : Prof.Dr. Sevinç YÜCECAN

Prof.Dr. Nafiz BOZDEMİR

Prof.Dr. Gönül ŞAHİN

Prof.Dr. Perihan ARSLAN

Prof.Dr.Ayşe AKIN

Prof. Dr. Süha AYDIN

Prof. Dr. Ayşen BAYKARA

Prof. Dr. Uğur DİLMEN

Prof.Dr.Filiz ULUSOY

Prof. Dr. Gülden PEKCAN

Prof. Dr. Halis HASÇELİK

Prof. Dr. Mehmet BEYAZOVA

Prof. Dr. Safiye TUNCER

Prof. Dr. Kamil YAZICIOĞLU

Prof. Dr. Nuray KIRDI

Prof. Dr. Hülya ARIKAN

Prof. Dr. Oktay ARPACIOĞLU

Doç.Dr. Mine UYANIK

Doç.Dr. Nazlı DALGIÇ

Doç. Dr. Füsun KÖSEOĞLU

Doç. Dr. Sevim ORKUN

Doç. Dr. Belgin KARAOĞLAN

Doç. Dr. Neşe ÖZGİRGİN

Doç. Dr. Hatice BODUR

Doç. Dr. A.Kenan TAN

Doç. Dr. Ayşen Akıcı SIVA

Doç. Dr. Nesrin BÖLÜKBAŞI

Doç. Dr.Filiz CAN

Doç. Dr. Ayşe KÜÇÜKDEVECI

Doç. Dr. Nilgün KARAAĞAOĞLU

Yrd. Doç. Dr. Bilal AK

Yrd. Doç. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU

Yrd.Doç.Dr. Ö. Rıfkı ÖNDER

Yrd.Doç.Dr.Sibel KALAÇA

Yrd. Doç. Dr. Erdal SARGUTAN

Yrd. Doç. Dr. Mintaze KEREM

Uzm.Dr. I. Pınar ZARAKOLU

Uzm.Dr. Nilgün KARABIÇAK

Uzm.Dr. Aysun ÖZTÜRKMEN

Uzm.Dr. Mehmet Ali BİLİKER

Dr. İbrahim AÇIKALIN

Dr.Yusuf E.ÖZDEMİR

Dr.Şükrü GÜNER

Dr.Canan YÜCESOY

Dr. Verda TÜZER

Dr.Mehmet UNGAN

Dr.Gülfer BEKTAŞ

Dr. Ferda AYDOĞDU

Dr. Z. Rezan YORGANCIOĞLU

Dr. Selma ATASÜ

Dr. Canan ÇELİK

Dr. Mine TEZYÜREK

Dr. Aynur KARAGÖZ

Dr. Canan AYBAZ

Dr. Z. Aydan KURTANA

Dr. Gülseren AK

Dr. Sibel Özbudak DEMİR

Dr. Melek GÜNGÖR

Dr. Deniz DÜLGEROĞLU

Dr. Aytül ÇAKCI

Dr. Gülümser AYDIR

Dr. Yaşar ODACIOĞLU

Ecz.Zehra YENAL

Ecz.Canan KUTSAL

Öğr.Gör. Semra ÇELİKLİ

Yaşar ASLAN

Burhan TÜKEL

Nuray ATAK

Hamiye Fikret GÜNDOĞDU

Ümmühan AHSEN

Devran BOZOK

Seçil AKSAYAN

Fatma KAYA

Seher DERE

Lalezar MÜRŞİTPINAR

Derman BOZTOK

Alpay DEMİREL

Ceyhan GÖKMEN

4. SAĞLIK ALTYAPISI ALT KOMİSYONU

Başkan : Prof. Dr. Nilgün SARP

Raportör : Öğr. Gör. Hülya ÜNALAN

Üyeler : Prof. Dr. Işık TUĞLULAR

Prof. Dr. Gülümser KUBİLAY

Prof. Dr. Yasemin BEYHAN

Prof. Dr. Gönül ŞAHİN

Doç. Dr. Günhan GÜRMAN

Doç. Dr. Önder ARSLAN

Doç. Dr. N. Tuncay EREN

Doç. Dr. Şehsuvar ERTÜRK

Doç. Dr. Sadık ERSÖZ

Doç. Dr. Kemal GÜLEÇ

Yrd. Doç. Dr.Muhittin TAYFUR

Yrd. Doç. Dr.Ömer ÖNDER

Dr. Didem EVCİ

Dr. A.Erkan BALCI

Dr. Yaşar NACİ UZ

Dr. Tahsin ÇANLI

Uzm. Ecz. Öznur Sevim EVRONOSOĞLU

Hamza YILDIZ

Nejla BOZKURT

Ayhan KOÇAK

Atilla EKMEKCİGİL

Mustafa ÇOLAKOĞLU

5. SAĞLIKTA FİNANSMAN VE MALİYET ALT KOMİSYONU

Başkan : Prof. Dr. Sedat ÜNAL

Raportör : Yrd. Doç. Dr. Çetin AKAR

Üyeler : Prof. Dr. Meral BEKSAÇ

Prof. Dr. Fatma UYGUR

Prof. Dr. Kamil YAZICIOĞLU

Doç. Dr. Münevver MENDERES

Yrd. Doç. Dr. Alper CİHAN

Yrd. Doç. Dr. Besim ŞEREF

Yrd. Doç. Dr. Nurullah UÇKUN

Dr. İlker BELEK

Dr. Hüseyin BÜYÜKKAYIKÇI

Dr. Toker ERGÜDER

Dr. Oğuz ENGİZ

Ecz. Merih DİZİCİ

Turan ALKAN

Aydın KOÇER

Erdal ÜRESİN

6. SAĞLIK İNSANGÜCÜ ALT KOMİSYONU

Başkan : Uzm. İdris YAŞAR

Raportör : Prof. Dr. Sevgi OKTAY

Üyeler : Prof. Dr. Candan TÜREYEN

Prof. Dr. Fatma ATALAY

Prof. Dr. Fethiye ERDİL

Prof.Dr. Fitnat DİNÇER

Prof.Dr.Gülay DİNÇER

Prof.Dr. Gülden PEKCAN

Prof.Dr. H. Nurhan AKDEMİR

Prof.Dr. Işık TUĞLULAR

Prof.Dr. Mehmet BEYAZOVA

Prof.Dr. Oktay ARPACIOĞLU

Prof. Dr Remzi AYGÜN

Prof.Dr.Saadet ÜLKER

Prof.Dr. Safiye TUNCER

Prof. Dr. Sabahat TEZCAN

Prof.Dr. Ümit SARIKAYALAR

Prof.Dr. Vesile SEPİCİ

Prof.Dr. Zafer HASÇELİK

Prof.Dr. Süreyya ERGİN

Prof.Dr. Şanda ÇALI

Prof.Dr.Tunç ALP KALYON

Doç. Dr. Füsun KÖSEOĞLU

Doç.Dr. Gül BALTACI

Doç.Dr.Hatice BODUR

Doç Dr. Kemal GÜLEÇ

Doç.Dr. A. Kenan TAN

Doç.Dr.Levent AKIN

Doç.Dr.Nesrin BÖLÜKBAŞI

Doç.Dr. Nihal TAÇ

Doç.Dr Nilgün KARAAĞAOĞLU

Doç.Dr. Sumru ÖZEL

Doç.Dr.Fehim KUTLAY

Doç.Dr Ş. Bahar ÖZVARIŞ

Yrd.Doç.Dr.Sibel ERKAL

Yrd.Doç.Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU

Dr. Ayşe SİVRİ AKINCI

Dr. Ferda AYDOĞDU

Dr. M. Fikret DOĞAN

Dr. Füsun SAYEK

Dr.Gülfer BEKTAŞ

Dr. Hüseyin BÜYÜKKAYIKÇI

Dt. Orhan ÖZKAN

Dt. Celal K.YILDIRIM

Uz.Ecz. Öznur Sevim EVRONOSOĞLU

Ecz. Zehra YENAL

Ecz. Akın ÇUBUKÇU

Öğr.Gör. Hülya ÜNALAN

Gönül BUYAN

Adem KESKİN

Ahmet AKSU

Atilla KAYA

Bahar ALKAPAR

Gül ŞENER

Gülnur TARHAN

Hamiye Fikret GÜNDOĞDU

Burçin OKYAR

H.Kamil KOCAPINAR

İrfan MISIRLI

İsmail ORAL

İsmail KUTLU

Uzm. Kadri Mahmut ARSLAN

Lalezar MÜRŞİTPINAR

H. Ali AKDERE

M.Fethi ŞAHİN

Murat BARDAK

Mustafa AVCI

Ümmühan AHSEN

İ Ç İ N D E K İ L E R

VIII. BEŞ YILLIK KALKINMA PLANI SAĞLIK HİZMETLERİNDE ETKİNLİK .....
ÖZEL İHTİSAS KOMİSYONU ÜYELERİ LİSTESİ ..... I-XI

BÖLÜM - I

SAĞLIKTA ÖNCELİKLER VE HEDEFLER

ALT KOMİSYONU RAPORU

1. GİRİŞ 3

2. MEVCUT DURUM VE SORUNLAR 4

3. VIII. BYKP DÖNEMİNDE ÖNCELİKLER 5

3.1. SAĞLIK POLİTİKASI DÜZEYİNDE ÖNCELİKLER
3.1.1. Sorunlar 5
3.1.2. Öneriler ve Öncelikler 6
3.2. SAĞLIK STATÜSÜNE İLİŞKİN ÖNCELİKLER
3.2.1. Sorunlar 8
3.2.2. Öneriler ve Öncelikler 8
3.3. HİZMET SUNUMUNA İLİŞKİN ÖNCELİKLER
3.3.1. Sorunlar 10
3.3.2. Öneriler ve Öncelikler 11
3.4. SAĞLIK FİNANSMANINA İLİŞKİN ÖNCELİKLER
3.4.1. Sorunlar 12
3.4.2. Öneriler ve Öncelikler 13
3.5. SAĞLIK İNSANGÜCÜNE İLİŞKİN ÖNCELİKLER
3.5.1. Sorunlar 13
3.5.2. Öneriler ve Öncelikler 13
3.6. AVRUPA BİRLİĞİNE UYUM İLE İLİŞKİLİ ÖNCELİKLER
3.6.1. Türkiye-Avrupa Birliği İlişkileri 13
3.6.2. Avrupa Birliğine Uyum ile İlişkili Öncelikler : 14

4. SONUÇ 15

BÖLÜM - II

SAĞLIK ENFORMASYON SİSTEMİ

ALT KOMİSYONU RAPORU

1. GİRİŞ 19

2. SORUNLAR 20

3. HEDEFLER 22

4. ÖNERİLER 23

BÖLÜM - III
SAĞLIK HİZMETLERİ SUNUMU
ALT KOMİSYONU RAPORU

1. GİRİŞ 29

2. MEVCUT DURUM VE SORUNLAR 29

3. GENEL AMAÇ VE İLKELER 46

4. ULAŞILMAK İSTENEN AMAÇLAR 48

5. PLANLANAN YATIRIMLAR 58

6. GEREKLİ YASAL VE KURUMSAL DÜZENLEMELER 59

BÖLÜM - IV
SAĞLIK ALTYAPISI
ALT KOMİSYONU RAPORU

1. GİRİŞ 65

2. AR-GE HİZMETLERİ 66

2.1. GİRİŞ 66
2.2. MEVCUT DURUM-SORUNLAR 67
2.3. ÖNERİLER 68

3. DOKÜMAN YÖNETİMİ VE BİLGİ TEKNOLOJİLERİ 69

3.1. GİRİŞ 69
3.2. MEVCUT DURUM - SORUNLAR 70
3.3. ÖNERİLER 71

4. İNSANGÜCÜ VE SAĞLIKTA YENİ MESLEK GRUPLARI 72

4.1. HEMŞİRELİK ALANINDA İNSANGÜCÜ 72
4.2. ÖN LİSANS MEZUNU SAĞLIK TEKNİKERLERİNİN DURUMU 73
4.3. SAĞLIK YÖNETİMİ - SAĞLIK EĞİTİMİ ALANINDA İNSANGÜCÜ 75
4.4. ECZACILIK EĞİTİMİ 76
4.5. TIP EĞİTİMİ 77

5. SAĞLIK YATIRIMLARI VE SAĞLIK MİMARİSİ 82

5.1. MEVCUT DURUM 82
5.2. ÖNERİLER 83

6. BİYOMEDİKAL MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ 84

6.1. GİRİŞ 84
6.2. MEVCUT DURUM-SORUNLAR 85
6.3. ÖNERİLER 87

7. AMBULANS SİSTEMLERİ 89

7.1. GİRİŞ 89
7.2. MEVCUT DURUM-SORUNLAR 90
7.3. ÖNERİLER 91

8. REFİK SAYDAM HIFZISSIHHA MERKEZİ BAŞKANLIĞI 92

8.1. MEVCUT DURUM - SORUNLAR 92
8.2. ÖNERİLER 92

9. SAĞLIK HİZMETLERİNDE AFET YÖNETİMİ 92

9.1. GİRİŞ 92
9.2. ÖNERİLER 92

10. ÜRETİMDEN TÜKETİME İLAÇ 94

10.1. BİTKİSEL İLAÇ HAMMADDELERİ 94
10.2. ÜRETİMDEN TÜKETİME İLAÇ 95

11. TÜRKİYE'NİN GENEL KAN POLİTİKASI VE ORGAN NAKİLLERİ 96

11.1. GİRİŞ 96
11.2. MEVCUT DURUM-SORUNLAR 96
11.3. ÖNERİLER 97
11.4. BÖLGESEL KAN MERKEZLERİNİN SAĞLAYACAĞI YARARLAR 97
11.5. KAN ve KEMİK İLİĞİ TRANSPLANTASYONU 98
11.6. KALP, AKCİĞER ve KALP-AKCİĞER NAKİLLERİ 103
11.7. RENAL TRANSPLANTASYON 104
11.8. KARACİĞER TRANSPLANTASYONU 106

12. TOPLU BESLENME HİZMETLERİ 108

12.1. GİRİŞ 108
12.2. MEVCUT DURUM-SORUNLAR 108
12.3. ÖNERİLER 109

13. KIRSAL ALANDA SAĞLIK ALTYAPISI 109

13.1. MEVCUT DURUM-SORUNLAR 109
13.2. ÖNERİLER 110

14. SAĞLIKTA KALİTE (ÇAĞDAŞ SAĞLIK HİZMETİ) 110

14.1. GİRİŞ 110
14.2. ÖNERİLER 110

BÖLÜM - V

SAĞLIKTA FİNANSMAN VE MALİYET ALT KOMİSYONU RAPORU

1. GİRİŞ 115

2. MEVCUT DURUM VE SORUNLAR 118

2.1. MEVCUT DURUM 118
2.2. SORUNLAR 126

3. ULAŞILMAK İSTENEN AMAÇLAR 132

3.1. VIII. BEŞ YILLIK KALKINMA DÖNEMİNDE (2001-2005) 132
3.2. UZUN DÖNEMDE (2001-2023) 141

4. ÖNGÖRÜLEN AMAÇLARA ULAŞILABİLMESİ İÇİN YAPILMASI GEREKLİ YASAL VE KURUMSAL DÜZENLEMELER VE UYGULANACAK POLİTİKALAR 142

BÖLÜM - VI
SAĞLIK İNSANGÜCÜ (SAİG) ALT KOMİSYONU RAPORU

1. GİRİŞ 147

2. MEVCUT DURUM VE SORUNLAR 148

3. ÖNERİLER 157

ÖNERİLER

GİRİŞ 167

ACİL TIP VE AMBULANS HİZMETLERİ 167
ANA-ÇOCUK SAĞLIĞI VE AİLE PLANLAMASI (AÇSAP) 168
AMAÇ ve İLKELER 169
ARAŞTIRMA - GELİŞTİRME (AR-GE) 170
ARAÇ – GEREÇ 171
AVRUPA BİRLİĞİ 172
BESLENME 174
DENETİM 175
DOĞAL AFETLER, İŞ VE EV KAZALARI 175
EĞİTİM 177
ENFORMASYON ve DOKÜMANTASYON 183
ETİK-DEONTOLOJİ 185
FİNANSMAN – MALİYET 185
FİZİK YAPILAR 187
GERİATRİ 188
ÜREME SAĞLIĞI 188
BULAŞICI OLMAYAN HASTALIKLAR 189
RUH SAĞLIĞI 190
ÖZÜRLÜLÜK, KAZALAR VE REHABİLİTASYON 190
SAĞLIK EĞİTİMİ, SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ VE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMLERİ 190
ÇEVRE SAĞLIĞI 191
AKILCI İLAÇ KULLANIMI 192
KANITA DAYALI TIP VE TEDAVİ PROTOKOLLERİ 192
HİZMET SUNUM SİSTEMİ 193
İŞÇİ SAĞLIĞI ve İŞ GÜVENLİĞİ 194
KAN, DOKU ve ORGAN NAKLİ 194
KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİ 196
ÖRGÜTLER 197
Mesleki Örgütler 197
Tüketici Örgütleri 198
ÖZELLEŞTİRME-ÖZERKLEŞME 198
ÖZLÜK HAKLARI 199
REHABİLİTASYON 199
SAĞLIK İNSANGÜCÜ (SAİG) 199

HEKIM 200
DIŞ HEKIMI 200
ECZACI 201
HEMŞIRE-EBE 201
SAĞLIK TEKNIKERLERI 201
SAĞLIK YÖNETICILERI VE SAĞLIK EĞITICILERI 201
SAĞLIK DEMOGRAFI 202
MIKROBIYOLOG, DIYETISYEN, SOSYAL HIZMET UZMANI: 202
TIBBI FIZIK UZMANLIĞI 202
EV EKONOMISTLERI 202
RADYOLOJI VE LABORATUVAR TEKNISYENLERI, NÜKLEER KORUNMA UZMANLIĞI .. 202
SANAYİ 203
SEKTÖRLER ARASI İŞBİRLİĞİ 203
SENDİKALAŞMA 203
SERBEST ÇALIŞMA 204
SOSYALİZASYON 204
SOSYAL GÜVENLİK 204
STANDARDİZASYON 205
TAM SÜRE 205
TEDAVİ HİZMETLERİ 205
TEK ELDEN YÖNETİM 207
TOPLUM EĞİTİMİ 207
TEKNOLOJİ 208
ÜCRETLER 208
YASAL VE KURUMSAL DÜZENLEMELER 208
YENİ HİZMET BİRİMLERİ 213
YEREL YÖNETİM 214

ISBN 975 – 19 – 2632 - 7 (basılı nüsha)

Bu Çalışma Devlet Planlama Teşkilatının görüşlerini yansıtmaz. Sorumluluğu yazarına aittir. Yayın ve referans olarak kullanılması Devlet Planlama Teşkilatının iznini gerektirmez; İnternet adresi belirtilerek yayın ve referans olarak kullanılabilir. Bu e-kitap, http://ekutup.dpt.gov.tr/ adresindedir.

Elektronik olarak, 1 adet pdf dosyası üretilmiştir.

BÖLÜM - I

SAĞLIKTA ÖNCELİKLER VE HEDEFLER

ALT KOMİSYONU RAPORU

1. GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinde öncelik belirlemek, sağlık kazanımlarını artırmak ve sağlık kaynaklarının dağılımını seçilen kriterlere göre gerçekleştirmek amacıyla ilk önce verilmesi gereken hizmetlerin seçilmesini içerir. Öncelik belirleme, -kaynakları sunum ve finansman yöntemleri ne olursa olsun- tüm sağlık sistemlerinin karşı karşıya kaldığı bir olgudur. Tercih edilen yöntemler ve seçilen öncelikler farklı olmasına karşın, öncelik belirleme evrensel bir uygulamadır.

Öncelik belirleme gereksiniminin altında yatan temel neden kaynak kıtlığıdır. Nüfusun yaşlanması, teknolojik gelişmeler ve bunun gibi diğer nedenlerle sağlık hizmetlerine olan talep ve buna bağlı olarak da kaynaklarla talep arasındaki uçurum giderek açılmaktadır.

Öncelik belirleme, sağlık sistemi içinde çeşitli düzeylerde yapılabilir. Makro düzeyde, sağlık hizmetlerine ayrılacak kaynak düzeyinin belirlenmesi söz konusudur. Bu aşamada, sağlık hizmetlerine, diğer hizmetlerle karşılaştırıldığında (eğitim, savunma vs.) verilen öncelik ortaya çıkar. Bu düzeyde ayrıca, sağlık hizmetlerine ayrılan bütçenin coğrafi alanlar ve hizmetler arasında dağılımı söz konusudur. İkinci düzeyde, kaynakların hizmet alanları arasında dağılımı belirlenir. Örneğin 0-1 yaş grubunda ishalli hastalıkların önlenmesine karşılık polionun eradikasyonuna verilen öncelik gibi. Bu aşamadan sonra, önceliklendirilen müdahale alanlarına hangi hastaların öncelikli olarak kabul edileceğinin belirlenmesi aşaması gelmektedir. En son aşamada, hizmeti alması gerektiğine karar verilen tek tek hastalara yapılacak harcama miktarının belirlenmesi söz konusudur.

Bu analizden de görüleceği üzere, makro ya da sistem düzeyindeki tercihler genellikle politikacıların müdahale alanıyken, mikro ya da klinik düzeydeki tercihler doktorların ya da diğer sağlık çalışanlarının olmaktadır. Bu kararların veriliş şekli genellikle kapalı ortamlarda, ya doktorun muayene odasında ya da politika belirleme ve kaynak tahsisinden sorumlu komisyon odalarında gerçekleşmektedir. Ancak, son yıllarda çeşitli ülke örnekleri bu kararların daha açık ve objektif kriterlere dayalı olarak verildiği uygulamaları göstermektedir.

Öncelik belirleme süreci, politik baskılardan yoğun bir biçimde etkilenen ve farklı grupların çıkar çatışmalarına sahne olan bir süreçtir. Bu sürecin en önemli özelliklerinden biri de toplumsal değerler ve ilkelerle uyumlu olması gereğidir. Öncelik belirleme sürecinde, seçilen müdahalelerin en azından aşağıdaki üç teknik kriteri karşılaması beklenir:

- Müdahaleler hastalık yükünü önemli ölçüde azaltacak nitelikte olmalıdır,
- Maliyet etkililik kriterlerini karşılayabilmelidir,
- Toplum tercihlerini tatmin etmelidir.

Türkiye'de her beş yılda bir kalkınma planları hazırlanmaktadır. Bu süreç içinde, her sektörde ulaşılması arzulanan hedefler ve bunlara ulaşma yolları belirlenmektedir. Sağlık sektöründe de yapılan yedi plan çerçevesinde makro düzeyde hedefler belirlenmiş, bunların bir bölümü planlanan süre içinde gerçekleştirilmiş, bir bölümüne ise ulaşılamamıştır. VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı çalışmaları için oluşturulan diğer beş komisyonun yanında önerilen bu komisyonun temel amacı, sağlık sektöründe öncelikle ele alınması gereken konuların ortaya konmasıdır.

2. MEVCUT DURUM VE SORUNLAR

Anayasal bir yükümlülük olarak Devlet tüm vatandaşlarımızın sağlığından sorumlu olduğunu kabul etmektedir. Ancak, halen ülke nüfusunun bir bölümü hiçbir sağlık güvencesinden yararlanamadığı gibi, bu imkanlardan yararlananlar da aldığı sağlık hizmetlerinden memnun değildir. Sağlık sistemimizde en önemli pay tedavi edici hizmetler tarafından alınmakta ve doktor ağırlıklı bir hizmet sunulmaya çalışılmaktadır. Temel sağlık hizmetleri teorik olarak önemsenmekte ise de pratikte istenilen yaygınlık ve etkinlikte bir koruyucu sağlık hizmeti sunulamamaktadır. Özellikle kırsal ve kentsel yörelere, doğu ve batı bölgesine ilişkin veriler kıyaslandığında standart bir sağlık kalitesini yakalayabildiğimiz söylenememektedir. Bu sorunlar aşağıdaki başlıklar altında toplanabilir :

2.1. SİYASİ KAYNAKLI SORUNLAR

Sağlık hizmetlerinin ağırlıklı olarak Sağlık Bakanlığı'nda toplanmış olması ve politik-siyasi etkilerin yoğunluğu, sivil toplum örgütleriyle yeterince işbirliği yapılamaması nedeniyle çoğu kez sağlık politikaları dönemsel nitelikli olmakta, her iktidar değişikliğinde Sağlık Bakanlığı'nın temel hedeflerinin gerçekleşmesinde önemli rolleri olması gereken bürokratik yapı da değişmekte ve uzun vadeli, istikrarlı bir sağlık politikası ve eylemi oluşturulamamaktadır. Sürekli olarak tedavi edici hizmetler ön plana çıkmaktadır. Ülkemizdeki sağlık sorunlarının çözümlenmesi için koordinasyonu şart olan kurumlar, siyasi ve politik istikrarsızlık nedeniyle yeterince koordine olamamaktadır.

2.2. ORGANİZASYON SORUNLARI

Sağlık sektörü, çok kurumluluk nedeniyle iyi organize edilememektedir. Organizasyonun daha verimli kullanılamamasının altında merkeziyetçi bir yapı, insan kaynaklarının yanlış organize edilmesi, görev tanımlarında eksiklikler ve denetimsizlik yatmaktadır. Organizasyonda ortaya çıkan sorunların altında yatan bir diğer neden de, enformasyon sorunları nedeni ile yaşanan bilgi eksiklikleridir.

2.3. FİNANS SORUNLARI

Gayri safi milli hasıladan sağlığa yeterince kaynak ayrılamamaktadır. Bina, araç ve gereç yetersizlikleri ve standardizasyonu-kalibrasyonunda çekilen sıkıntıların en büyük nedeni finans sıkıntısıdır.

3. VIII. BYKP DÖNEMİNDE ÖNCELİKLER

3.1.SAĞLIK POLİTİKASI DÜZEYİNDE ÖNCELİKLER

3.1.1. Sorunlar

Makro düzeyde sağlık sisteminde mevcut olan sorunlar tüm sağlık sektörünü ve toplumun sağlık statüsünü olumsuz yönde etkilemektedir. Türk sağlık sisteminin içinde bulunduğu durum, sağlık sisteminde hizmet sunumundan finansmanına, insangücünden enformasyon sistemine ve ilgili birçok alanda köklü değişikliklere gidilmesini gerektirmektedir. Bu konularda hangi alanların öncelikli olduğu aşağıdaki bölümlerde ele alınmıştır. Ancak sağlık politikası düzeyinde gerekli değişiklikler gerçekleştirilmeden bu alanlarda başarıya ulaşmak mümkün görünmemektedir. Sağlık politikası düzeyinde temel sorunlar şu şekilde sıralanabilir:

- Sağlık politikalarının belirlenme süreci bugünkü yapısıyla incelendiğinde, sağlık politikalarının herhangi bir sistematiğe bağlı olmadan o günkü ekonomik ancak, daha çok siyasi tercihler çerçevesinde belirlendiği görülmektedir. Sağlık politikalarının geniş toplum katılımı sağlanmadan, günlük ihtiyaçlara cevap verecek şekilde belirlenmesi sistemin tutarlılığına ve bütünlüğüne zarar vermektedir.

- Makro düzeyde en önemli sorunlardan birisi, Sağlık Bakanlığı'nın rol ve sorumluluklarının yeniden belirlenmesi ve bunlarla uyumlu bir yeniden yapılanma sürecine girilmesidir.

- Sağlık sisteminin merkeziyetçi yapısı hizmetlerin etkili ve verimli sunumunu olumsuz yönde etkilemektedir.

- Sağlık politikası düzeyinde ele alınması gereken önemli sorunlardan biri eşitlik konusudur. Eldeki sınırlı araştırma bulguları Türkiye'de sağlık göstergeleri ile sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanında bölgeler ve gruplar arasında önemli eşitsizliklerin bulunduğunu göstermektedir. Anayasa'nın temel prensiplerinden olan "sağlığın bir hak olmasından" hareketle eşitlik konusu ele alınmalı ve geliştirilecek politikalar bu bakış açısıyla hazırlanmalıdır.

- Sağlık politikası düzeyinde önemli sorunlardan biri de, sağlığı etkileyen faktörlerin sektörler arası olma boyutunun göz ardı edilmesidir. Bilindiği üzere sağlık hizmetleri bir toplumun sağlık statüsünü etkileyen öğelerden sadece biridir. Sağlık politikaları belirlenirken diğer sektörlerin sağlık üzerindeki etkisini göz önüne alan bir anlayışın gelişmesi gerekmektedir.

3.1.2. Öneriler ve Öncelikler

- Sağlık politikası düzeyinde en önemli öncelik Sağlık Bakanlığının rol ve sorumluluklarının yeniden düzenlenmesidir. Aşağıda önerilen önceliklerle de uyumlu olarak, Sağlık Bakanlığı hizmet üreten bir kuruluş olmaktan çok, sağlık politikalarını belirleyen, bunları izleyen ve hizmet kalitesini denetleyip hizmetlerde standardizasyonu gözeten bir kurum haline dönüştürülmelidir.

- Yukarıdaki öneriyle de bağlantılı olarak, sağlık hizmetlerinde çağdaş desantralizasyon ilkeleriyle uyumlu bir yeniden yapılanmaya gidilmelidir. Ülkemizde şu anda dekonsantrasyon ilkeleriyle uyumlu bir örgütlenme mevcuttur. Desantralizasyonun bu türü birçokları tarafından sadece iş yükünün devri olarak nitelendirilmektedir. İlk aşamada yapılması gereken, bu sistem içinde en üst düzeyde yetki ve sorumluluk devrini gerçekleştirmek daha sonra devolüsyona yani yerel düzeye yönelmektir. Ancak burada unutulmaması gereken, sadece sağlık sektöründe desantralizasyon ilkelerine yönelmenin istenilen sonuçları veremeyeceğidir.

- "Sağlıklı kamu politikası"nı geliştirecek mekanizmalar kurulmalıdır. Bilindiği üzere, toplum sağlığı üzerinde etkisi en çok olacak kararlar genellikle sağlık sektörünün dışında verilmektedir. Geleneksel olarak herhangi bir kamu politikası amaç, içerik ve politikanın sınırları ile ilgili olmakta ancak, bu politikanın, örneğin, sağlık sektörü üzerindeki etkisi göz ardı edilmektedir. Sağlıklı kamu politikası ise bu geleneksel sınırların dışına çıkmakta ve herhangi bir politikanın amaç ve içeriğini, politika yapma sürecini ve sağlık üzerine yaptığı etkiyi ele almaktadır. Diğer bir deyişle, sağlıklı kamu politikası çerçevesinde, diğer sektörlerde alınan kararların sağlık üzerindeki etkisinin sorgulanması söz konusudur. Bu türde bir uygulamanın benimsenmesi çağdaş yaklaşımlar içindeki en önemli unsurlardan biri olan "sektörler arası işbirliği"ni de gündeme getirecektir.

- Sağlık politikası düzeyinde öncelikli olarak ele alınması gereken önemli konulardan biri, Sağlık Bakanlığı ve ilgili kuruluşların temsil edildiği özerk bir "Sağlık Üst Kurulu"nun oluşturulmasıdır. Bu kurulun işlevi, sistemin işleyişini denetlemekten, kalite standartlarının belirlenmesi ve izlenmesine, hasta haklarının düzenlenmesinden ilaç ve tıbbi malzeme kalitesini denetlemeye kadar geniş bir yelpaze içinde belirlenebilir. Bu kurulun beş yıl için yapılan plan önerilerini izleme görevi olmalı ve her yıl toplanarak yıl bazında genel bir değerlendirme yapma yetkisi olmalıdır. Yüksek Sağlık Şurası'nın görev, yetki ve sorumlulukları bu çerçevede yeniden gözden geçirilmelidir.

- Temel sağlık hizmetleri önemsenerek, sağlık göstergeleri bu raporda hedeflenen düzeye getirilmelidir.

- Sağlık sisteminin yapılanmasında devlet ve özel sektör arasındaki görev paylaşımı belli esaslara bağlanmalıdır. Bu bağlamda aşağıdaki politikalar önerilebilir:

  ⇒ Sosyal güvenlik kuruluşlarının aynı çatı altında toplanmaları ve tek bir teminat paketi içinde hizmet sunmaları gerekmektedir,

  ⇒ Devlet, sağlık sisteminin denetimine, araştırma geliştirme faaliyetlerine ve eğitime ağırlık vermelidir,

⇒ Planlama, koordinasyon ve denetim görevlerini üstlenmiş kuvvetli bir Sağlık Bakanlığı oluşturulmalıdır. Daha pahalı bir yatırım gerektiren hastanecilik işletmeciliğini özel sektör ve vakıflar üstlenmelidir.

- Türkiye'nin Avrupa Birliği'ne aday ülke konumuna gelmesinden sonra sağlık sektöründe de Avrupa Birliği'ne uyum çalışmalarının başlaması gerekmektedir. Bu konuda ele alınması önerilen konular ayrı bir başlık altında incelenecektir.

3.2.SAĞLIK STATÜSÜNE İLİŞKİN ÖNCELİKLER

3.2.1. Sorunlar

Bundan önceki yedi beş yıllık plan dönemi çerçevesinde Türkiye'de sağlık statüsü göstergelerinde önemli iyileşmeler sağlanmasına karşın ülkenin temel göstergeleri incelendiğinde, içinde bulunulan ekonomik düzey ile uyumlu bir noktaya ulaşılamadığı görülmektedir. Bebek ölüm hızı, anne ölüm hızı, beş yaş altı ölüm hızı, doğuşta beklenen yaşam süresi gibi göstergeler incelendiğinde üyesi olmaya aday olduğumuz Avrupa Birliği ülkelerinin çok gerisinde olduğumuz görülmektedir. Ancak burada unutulmaması gereken önemli bir nokta, daha önce de vurgulandığı gibi, tek başına sağlık sektöründe yapılacak düzenlemelerin bu göstergeleri aşağıya çekmede yeterli olmayacağıdır. Sağlığı etkileyen tüm sektörlerin hizmetlerinin topluma eşit bir şekilde dağılımı sağlanamadığı, yeterli ve adil bir gelir düzeyine ve dağılımına ulaşılmadığı sürece sağlık sektöründeki iyileşmeler yeterli olmayacaktır.

3.2.2. Öneriler ve Öncelikler

- Türkiye'nin önemli sorunlarından biri hızlı nüfus artışıdır. Son yıllarda bu konuda bazı iyileşmeler sağlansa da özellikle bölgeler ve gruplar arası farklılıklar göz önüne alındığında bu alanda temel sorunların bulunduğu görülmektedir. Ekonomik göstergelerin topluma yansıması açısından da nüfus artış hızının düşürülmesi önemli bir önceliktir.

- Aşıyla önlenebilir hastalıklar halen Türkiye'de önemli sorun olmaya devam etmektedir. Çocuk felci, kızamık, difteri, tetanos gibi hastalıkların önlenmesi, bu hastalıklardan ölümlerin azaltılmasına dolayısıyla da bebek ölüm hızının düşürülmesine katkıda bulunacaktır. Ancak, Türkiye'nin bağışıklama politikalarının tümüyle gözden geçirilmesi, dikey örgütler ve kampanyalar yerine bağışıklamanın

birinci basamağa entegre edildiği ve sektörler arası işbirliği çerçevesinde geliştirildiği bir mekanizmanın oluşturulması gerekmektedir. Ulusal aşı programına güncellik kazandırılmalı, bu bağlamda aşı soğuk zinciri de ele alınmalıdır.

- Bebek Ölüm Hızı binde 15'e çekilmeli, bölgesel farklılıklar azaltılmalıdır. Binde 52.1 olan beş yaş altı ölüm oranı ise yüzde 50 azaltılmalıdır.

- Kuduz hastalığı ve bu hastalıktan ölümler son günlerde Türkiye'nin gündemini yeniden işgal etmeye başlamıştır. Bu hastalığın önlenmesi özellikle yerel yönetimlerle sıkı işbirliğini gerektirmektedir.

- Sağlık statüsü açısından Türkiye'nin ele alması gereken önemli hastalıklardan diğerleri ise sıtma, tüberküloz ve hepatittir. Bu üç hastalığa ilişkin devlet politikalarının geliştirilmesi gerekmektedir.

- Sağlık statüsü açısından önemli önceliklerden birisi de yaşam tarzına yönelik politikalardır. Bunlar arasında Türkiye açısından en önemli konulardan biri tütün kullanımıdır. Özellikle çocukların ve gençlerin henüz tütün kullanma alışkanlığı edinmeden önce korunmaları için gerekli önlemler alınmalıdır. Yaşam tarzına yönelik olarak ayrıca alkol, uyuşturucu kullanımı ve cinsel yolla bulaşan hastalıklarla HIV-AIDS konusunda da politikalar geliştirilmelidir.

- Aşıyla önlenebilir hastalıklar Türkiye'nin öncelikleri arasında olmasına karşın yaşlanan nüfus ve yaşam tarzındaki bozukluklar nedeniyle kronik hastalıklar da önemli sorunlar arasındadır. Kanser, kas ve iskelet sistemi hastalıkları, kardiyovasküler sistem hastalıklarına bağlı ölüm ve işgücü kayıplarının boyutlarının belirlenmesi ve bunlara yönelik önlemlerin alınması gerekmektedir. Türkiye'nin yaşlanan nüfus yapısı dikkate alınarak yaşlı sağlığına yönelik politikalar geliştirilmelidir.

- Devlet İstatistik Enstitüsü'nün verilerine göre, Türkiye'de yaklaşık 7.5 milyon kişinin özürlü olduğu tahmin edilmekte bu da nüfusun yüzde 11.7'sini oluşturmaktadır. Bu aşamada ele alınması gereken politikalar, öncelikle özürlü nüfusun artmaması için alınacak önlemler ve özürlülerin rehabilitasyonuna yönelik önlemler olmalıdır. Birinci düzeydeki politikalar, gebe ve loğusaların izlenmesini, doğumların sağlıklı ortamlarda yaptırılmasını, bebek ve çocukların düzenli

kontrollerle sağlık denetimlerinin ve aşılarının izlenmesini gerektirmektedir. Toplumumuz açısından önemli konulardan birisi riskli gebeliklerin önlenmesi, özellikle akraba evliliklerinin sakıncalarının topluma anlatılmasıdır. İkinci düzeyde ise yaşayan özürlünün bağımsız ve verimli olabilmesi için çağdaş hizmet verecek şekilde örgütlenmiş rehabilitasyon merkezlerine ihtiyaç vardır. Rehabilitasyon hizmetlerinin gereksinimi olan kişilere verilebilmesi için gerekli ön çalışmaların yapılması ve istatistiki verilerin toplanması, toplumumuzda engelli bireylerin bağımsız ve üretken olabilmeleri açısından kaçınılmaz öncelikler arasında yer almalıdır. Rehabilitasyon merkezleri ve hastanelerde ulaşılabilirlik sorununun çözümlenebilmesi için mimari engellerin ortadan kaldırılması diğer bir önceliktir.

- Adölesan sağlığına ilişkin olarak aşağıdaki konular önceliklidir:

⇒ İlaç alışkanlıkları, tütün bağımlılığı, alkol kullanımı, davranış bozuklukları,

⇒ Adölesan gebeliklerin önlenmesi (15-19 yaş arasındaki genç kızların yüzde 50'ye yakını çocuk sahibi ve/veya hamiledir).

- Diş sağlığı konusunda aşağıdakiler önceliklidir.

⇒ Toplumun diş sağlığı konusunda eğitimine ve bu konudaki taramalara önem verilmelidir,

⇒ Diş sağlığında temel sağlık önlemlerine yönelik çalışmalara ağırlık verilmelidir.

3.3.HİZMET SUNUMUNA İLİŞKİN ÖNCELİKLER

3.3.1. Sorunlar

Türkiye'de sağlık sektöründe hizmet sunumuna ilişkin sorunlar aşağıdaki gibi sıralanabilir.

- Yedi planda da önemle vurgulanmasına karşın birinci basamak sağlık hizmetlerinin yeterince güçlendirilmemesi, toplumun tüm kesimlerini kapsayan, ihtiyaca cevap veren, işleyen bir sevk zinciri mekanizmasına sahip bir sistemin geliştirilememiş olması en önemli sorunlardandır.

- Hizmet sunum sisteminin önemli sorunlarından birisi, aynı anda farklı hizmet gruplarına hizmet veren değişik kurumların bulunması ve bunlar arasında hizmet standardizasyonunun olmamasıdır. Bu durum, sektör içinde zaten kıt olan kaynakların rasyonel kullanılmasını engellemekte, sistemin yönetimini de güçleştirmektedir.

- Birinci basamak hizmetlerin örgütlenmesindeki aksaklıkların yanı sıra ikinci ve üçüncü basamakta da hizmetlerin etkili ve verimli sunumu önünde ciddi engeller söz konusudur. Hastanelerde verilen hizmetlerin hem nitelik hem de nicelik açısından önemli sorunları söz konusudur.

3.3.2. Öneriler ve Öncelikler

- Sağlık hizmetlerinin sunum şekli yeniden, bütüncül bir bakış açısıyla örgütlenmelidir. Bu çalışmalar çerçevesinde hizmetin sunumu ile finansmanının birbirinden ayrılması, merkezden taşraya yetki ve sorumluluk devri ilkeleri benimsenmelidir.

- Çalışmalarına 1990 yılında başlanan ancak politik tercihler nedeniyle halen uygulamaya konmayan reformların yeniden gözden geçirilerek gündeme getirilmesi gerekmektedir. Hizmet sunumu ve finansman birlikte düşünülmeli ve toplumun tümünü kapsayan bir sistem geliştirilmelidir. Bu süreç içinde katılımcı bir yaklaşım benimsenmeli ve toplumun tüm kesimleri bu çalışmalar içine dahil edilmelidir.

- Reformlar çerçevesinde hastanelerin özerkleşmesi konusu ele alınmalıdır.

- Temel sağlık hizmetleri sunan kurumlar (ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, sıtma savaş, verem savaş, kanser savaş merkezleri ve benzeri kurumlar) hedef grup farklılığı gözetmeksizin, entegrasyon mantığı kapsamında yeniden yapılandırılmalıdır.

- Devlet içinde sağlıkla ilgili birimler koordine edilmeli, özel sektörle kamu sektörü koordineli çalışmalıdır.

- Hizmetlerde etkililik-verimlilik ağırlıklı bir yapı geliştirilmeli, hastalık ağırlık sistemi oluşturulmalıdır.

- Sağlık ocakları, imkanları daha da geliştirilmiş, toplumda sık görülen hastalıkların tanısını koyacak ekipmanla donatılmış sağlık merkezleri haline getirilmelidir.

- Kriz dönemlerinde hızlı ve etkili müdahale için önlemler alınmalıdır. Tabii afetlerde hızla mobilize olabilecek teknik altyapıya sahip ekipler oluşturulmalıdır. Kriz sağlık ekiplerinin oluşturulmasında farklı sektörler ve disiplinlerin koordinasyonu esas alınmalıdır.

- Tedavi hizmetlerinde ayaktan tedavi yaklaşımına ağırlık kazandırılmalı, aile hekimliği'ne öncelik verilmelidir.

3.4.SAĞLIK FİNANSMANINA İLİŞKİN ÖNCELİKLER

3.4.1. Sorunlar

Türkiye'nin sağlık finansmanı açısından önemli sorunları iki başlık altında toplanabilir:

1. Sağlık hizmetlerine ülke imkanlarından yeterince kaynak ayrılmaması, mevcut kaynakların da etkili ve verimli kullanılamaması,

2. Toplumun bir kesiminin sağlık güvencesinden yoksun olması.

Sağlığa bütçeden ayrılan pay, ülkenin sorunları ile karşılaştırıldığında büyük bir uyumsuzluk içindedir. Ancak, burada unutulmaması gereken, halihazırda adil olmayan bir kaynak dağılım yapısına aktarılan kaynakların bu adaletsizliği daha da artırmaktan başka bir işe yaramayacağıdır. Bu nedenle, kaynak dağılımının öncelikle sistem içinde önceliklendirilmiş alanlar lehine olmak üzere yeniden düzenlenmesi, bundan sonra kaynak artırımına gidilmesi daha makul görünmektedir.

Kaynak dağılımına yönelik sorunlar büyük boyutlara ulaşmıştır. Maliyet etkili sağlık faaliyetlerine az harcama yapılmakta, kamu kaynaklarında aşırı israf olmakta (atıl kapasite mevcuttur, ayrıca ihtiyaç olmayan alanlara harcama yapılmaktadır), toplum sağlığına yönelik programlara gerçek kaynak ihtiyacının hesaplanmamasından dolayı az kaynak ayrılmaktadır.

Finansman açısından ikinci önemli sorun, toplumun bir bölümünün sağlık güvencesinden yoksun olmasıdır. Sağlık güvencesine sahip olanlar arasında ise kurumlar arasında hizmetlerin standardize olmaması önemli eşitsizliklere yol açmaktadır.

3.4.2. Öneriler ve Öncelikler

- VIII. Plan döneminde tüm toplumun sağlık güvencesine kavuşturulması temel amaç olmalıdır. Bu gerçekleştirilirken sosyal devlet anlayışına uygun, aktüeryal dengeye dayalı, ödeme gücü olmayanların devlet tarafından desteklendiği, temel ihtiyaçları benimseyen bir temel teminat paketini içeren düzenlemeler yapılmalıdır. Bu teminat paketi içinde hangi hastalık ya da grupların öncelik alacağı bilimsel yöntemlerle sistematik olarak belirlenmelidir.

- Hizmetin finansmanı ulaşılabilirlik ile birlikte düşünülmeli, eksik sigortalılık olgusunun önlenmesi için hizmetlere ulaşılabilirlik önündeki engeller ortadan kaldırılmalıdır. Bu kapsamda özel sağlık sigortacılığı teşvik edilerek mükerrer sigortacılık önlenmelidir.

3.5.SAĞLIK İNSANGÜCÜNE İLİŞKİN ÖNCELİKLER

3.5.1. Sorunlar

Sağlık insangücünde öncelikli olarak ele alınması gereken iki temel alan, sağlık insangücünün ülkenin şartlarına ve önerilen sağlık sistemine uygun olarak eğitilmesi ve bunların ülke çapında dengeli dağılımıdır.

3.5.2. Öneriler ve Öncelikler

- Sağlık, hekim merkezli olmaktan çıkarılıp bir ekip hizmetine dönüştürülmelidir.

- Tıp fakülteleri ile birlikte sağlık personeli yetiştiren tüm eğitim birimleri müfredat programlarını gözden geçirmeli ve çağdaş eğitim teknikleri kullanılmalıdır.

- Sağlık insangücünün ücret politikaları ivedilikle ele alınmalıdır. Bu politikalarda aile hekimliğini ve öncelikli yöreleri teşvik edici bir bakış açısı benimsenmelidir.

3.6.AVRUPA BİRLİĞİNE UYUM İLE İLİŞKİLİ ÖNCELİKLER

3.6.1. Türkiye-Avrupa Birliği İlişkileri

Türkiye-Avrupa Birliği ilişkileri, 1963 yılında imzalanan ve taraflar arasında ortaklık yaratan Ankara Anlaşması ile başlamıştır. Daha sonra 1973 yılında Katma Protokolün yürürlüğe girmesi ve 14 Nisan 1987 tarihinde yapılan tam üyelik başvurusu, taraflar arasındaki ilişkilerin dönüm noktasını oluşturmuştur. Yapılan başvurudan sonra ilişkiler

yoğunlaşmış, Anlaşmada öngörüldüğü gibi, 1 Ocak 1996 tarihi itibariyle Gümrük Birliği (GB) taraflar arasında gerçekleştirilmiştir. 10-11 Aralık 1999'da Helsinki'de toplanan Avrupa Konseyinin almış olduğu karar çerçevesinde ise Türkiye AB'ye aday ülke olarak kabul edilmiştir. Kazanılan aday ülke statüsü, hem toplulukla olan ilişkilerimizin yoğunlaşacağının, hem de Türkiye'nin önünde katetmesi gereken uzun ve zorlu bir yol olduğunun göstergesidir.

3.6.2. Avrupa Birliğine Uyum ile İlişkili Öncelikler :

Aşağıda belirtilen öncelikler, Gümrük Birliğinin işleyişini etkileyecek olan ve geçiş süreci 31.12.2000'de dolacak olan mevzuatın çıkarılmış olduğu varsayılarak belirlenmiştir.

- Sağlık alanında sivil örgütler ve vakıflara destek verilmelidir.
- Birliğe tam üyelik perspektifi göz önünde bulundurularak, Türk mevzuatına aktarılacak ve yeni bir takım sistemler getirecek olan AB mevzuatı çerçevesinde, Bakanlığın sorumluluğuna giren alanlarda, yapılanmaları farklı olan, örneğin Tıbbi Cihaz Ajansı, İlaç Ajansı gibi yeni kurumların oluşturulmasına imkan tanınmalı ve burada görev alacak personel için gerekli eğitim sağlanmalıdır.
- Proje karşılığı sağlanan mali imkanlardan araştırma kurumlarının, vakıfların, üniversitelerin, sanayinin, sivil örgütlerin ve diğer ilgili kurum ve kuruluşların faydalanmasına olanak sağlanmalı, sağlıkta devlet-sanayi ve üniversite işbirliği desteklenmelidir.
- Türkiye'nin AB ile olan ilişkileri çerçevesinde yükümlülükleri ve imkanları konusunda sağlık sektörünü oluşturan tarafların etkin bir biçimde bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi sağlanmalıdır.
- Sağlık güvence sisteminde yeterli esneklik, verimlilik ve şeffaflık sağlanmalıdır.
- Birlikle Türkiye arasında sağlık alanında hizmetlerin serbest dolaşımını temin etmek amacıyla sağlık eğitimi veren kuruluşlarda eğitim programları, Birlik mevzuatına uyumlu hale getirilmelidir. Serbest dolaşım için mevzuatta gerekli değişikliker yapılmalıdır.
- Sağlık hizmetleri standardize (alt kalite sınırı olarak) edilmelidir.

- Sağlık alanında çeşitli konulardaki (ilaç, kozmetik, gıda gibi) ihtiyaca cevap verebilecek referans laboratuarları ya da yeni sistemlerin getireceği çeşitli kurumlar (onaylanmış kurum gibi) kurulmalıdır.

- Tüm sağlık hizmetlerinin etkin bir biçimde sağlanıp yürütülebilmesi için etkin bir bilgisayar ve enformasyon ağının kurulması gerekebilir.

4. SONUÇ

Yukarıda ayrıntılı olarak ele alınan önceliklerin gerçekleşmesi ile 2023 yılı için sağlık hedefleri aşağıdaki şekilde belirlenmiştir:

- Doğuşta beklenen yaşam süresi her iki cins için de 75 yıla yükseltilmelidir,

- Beş yaş altı ölüm hızı binde 20'ye düşürülmelidir,

- Bebek ölüm hızı binde 15'e düşürülmelidir.

- Tüberküloz, sıtma, kızamık, kuduz, tetanos, difteri elimine edilmeli, polio eradike edilmelidir.

- Yeni Hepatit B taşıyıcı insidansı yüzde 80 azaltılmalıdır.

- Hemofilu influenza tip-b insidansı yüz binde 1'in, konjenital sifiliz binde 0.01'in, konjenital rubella binde 0.01'in altına indirilmelidir.

- Yaşam tarzı ile ilgili olarak; 65 yaş altında kardiyovasküler hastalıklar yüzde 40, kanserler yüzde 15, akciğer kanseri yüzde 25 azaltılmalıdır.

- Altı yaş sınırındaki çocukların yüzde 80'inde diş çürüğü bulunmamalıdır.

BÖLÜM - II

SAĞLIK ENFORMASYON SİSTEMİ

ALT KOMİSYONU RAPORU

1. GİRİŞ

Devlet Planlama Teşkilatı tarafından VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı hazırlık çalışmalarına katkıda bulunmak amacı ile kurulan "Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu"nun 24 Aralık 1999 tarihinde yapılan ilk toplantısında "Sağlık Enformasyon Sistemi (SES)" Alt Komisyonu oluşturulmuştur.

Sağlık Enformasyon Sistemi Alt Komisyonu ilk toplantısında;

- VII. Beş Yıllık Kalkınma Planında SES ile ilgili olarak yer verilmiş maddeleri,
- Ulusal Sağlık Kongresi SES çalışma grubu raporunu,
- Ulusal Sağlık Politikası Dökümanı'nın SES ile ilgili bölümlerini,
- 2. Ulusal Sağlık Kongresi SES çalışma grubu raporunu

inceleyerek genel bir tartışma yapmıştır. Bu toplantı sonucunda;

- Genel sağlık hizmetleri enformasyonu
- Hastane hizmetleri enformasyonu
- Standardizasyon
- İnternet

konularını incelemek üzere 4 çalışma grubu oluşturulmasına, bu çalışma gruplarının hazırlayacakları raporları SES alt komisyonuna sunmasına ve Sağlık Bakanlığı Bilgi İşlem Daire Başkanlığı'nın ilgili çalışma gruplarına davet edilmesine karar verilmiştir.

Çalışma grupları çeşitli tarihlerde kendi aralarında toplanarak grup raporlarını üretmiş, bu raporlar Alt Komisyonun genel toplantısında tartışılmıştır.

Alt Komisyon üyeleri tarafından hazırlanan raporların ve varılan kararların bir bütünlük içinde ele alınması amacıyla bir Redaksiyon Komitesi kurulmuştur. Bu Komite, Sağlık Enformasyon Sistemi Alt Komisyonu Genel Raporuna son şeklini vermiştir.

Raporun amacı, komisyon toplantılarında görüşülen konularda saptanan sorunları, hedefleri ve uygulanabilir çözüm önerilerini sistematik bir biçimde DPT Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Başkanlığı'na sunmaktır.

Rapor iki ana bölümden oluşmaktadır : Birinci bölümde ülkemizde SES ile ilgili genel sorunlar, hedefler ve öneriler kolay anlaşılır bir biçimde maddeler halinde sunulmuştur. Bu bölüm komisyon üyelerinin oybirliği ile kabul ettiği konu ve görüşleri kapsamaktadır. İkinci bölümde alt komisyonların hazırladığı raporlar aynen sunulmuştur.

2. SORUNLAR

- √ Ülkemizde diğer sektörlerde olduğu gibi, sağlık sektöründe de enformasyona dayalı bir yönetimin varlığından söz etmek olası değildir.
- √ Planlama, uygulama ve karar alma süreci politik nedenlere dayalıdır.
- √ Verilerin kalitesinin düşük olduğu bilindiğinden yöneticilerce herhangi bir amaç için kullanılmamaktadır.
- √ Ancak, kalitenin yükseltilmesi için yöneticilerden herhangi bir istek ve öneri de gelmemektedir.
- √ Bazı veriler, örneğin doğum – ölüm verileri hiç toplanamamaktadır.
- √ Sağlık Bakanlığı kendisine bağlı sağlık ocakları ve hastaneler dışındaki birimlerden (üniversiteler, diğer bakanlıklar, işyerleri, özel hekimler vb.) gereği gibi veri alamamaktadır.
- √ Sağlık Bakanlığı ve diğer kurumlara bağlı sağlık kurumlarında sağlıklı bir enformasyon sistemi yoktur. Belirli ölçülerde bir veri toplama sistemi (sistemsizliği) vardır.
- √ Sağlık Bakanlığınca ve diğer kuruluşlarca mevcut sistem içinde toplanan veriler çeşit ve sayısal olarak eksik, kapsamı yetersiz ve doğruluğu kuşkuludur.
- √ Kalite kontrolü yapacak bir mekanizma yoktur.
- √ Toplanan veriler bilgiye dönüşmemektedir. Yetkililerin görev tanım ve iş analizleri yapılmadığından hangi veriyi kimin kullanacağı da belirli değildir.

√ Sağlık Bakanlığında 1936 yılından bu yana veri toplama işlemlerini organize eden ve toplanan verilerin tek sahibi olan Sağlık Propagandası ve Tıbbi İstatistik Genel Müdürlüğü'nün 1982 yılında kaldırılması sonucunda :

⇒ Sistem sahipsiz kalmıştır. En alt düzeyden en üst düzeye kadar hiç kimse sisteme sahip çıkamamıştır.

⇒ Bakanlıkta her genel müdürlük birbirinden habersiz veri toplamaya başlamıştır. Bu durum doğal olarak;

⇒ Her genel müdürlükte bir istatistik biriminin kurulmasını zorunlu kılmış,

⇒ Gereksiz harcamalara, form enflasyonuna, gereksiz eleman istihdamına, mükerrerliklere neden olmuş,

⇒ Veri toplayan personelde bıkkınlık, duyarsızlık, direnç ve güvensizlik yaratmış,

⇒ Aynı konuda farklı ve çelişkili değerlendirmelere neden olmuş,

⇒ Bakanlık içi karşılıklı bilgi alış - verişini engellemiştir.

√ Veri toplayan personel topladıkları verilerin ne amaçla ve nasıl kullanılacağını bilmemekte, veri toplamayı bir yük olarak kabul etmektedir.

√ Personele okulda ve işbaşında yeterli eğitim verilememekte, gerekli motivasyon sağlanamamaktadır.

√ Görevini yapanlar ödüllendirilmemekte, görevini yapmayanlara hiçbir yaptırım uygulanmamaktadır.

√ Bakanlık merkez ve taşra teşkilatındaki personel sık sık yer değiştirmektedir. Bunun sonucunda;

⇒ Üst düzey yöneticiliğe yeni atanan görevli, toplanan verileri bilememekte ve yönetimde kullanamamaktadır.

⇒ Alt düzeyde personel değişimi ise veri toplamadaki sürekliliği kesintiye uğratmakta ve işe başlama - ayrılma arasındaki boşluklar veri kaybına neden olmaktadır.

√ Değişik kurumların özellikle hastanelerin birbirinden bağımsız olarak büyük harcamalarla çok sınırlı amaca yönelik kurdukları sistemlerin kurulması düşünülen genel sistemlere uyarlanması büyük sorunlar yaratacaktır.

√ Çoğu yönetici «ENFORMASYON = BİLGİSAYAR» düşüncesindedir. Bu düşünce, bilinçsizce bilgisayar alımına ve sonuçta atıl durumda bilgisayar sayısının artmasına neden olmaktadır.

√ Bakanlık içi birimlerde, kurumlar arasında (DİE, DPT vb.) ve yurt dışı kuruluşlar ile yeterli düzeyde bilgi alış - verişi olmamaktadır.

√ Tanım, terim, kodlama, fonksiyon, denetim ve değerlendirmede somut standart kriterlerin olmaması derlenen verilerin ve üretilen enformasyonun değişik kurumlarca kullanılmasını ve karşılaştırmalar yapılmasını mümkün kılmamaktadır.

3. HEDEFLER

Sağlık hizmetlerinin planlanması, organizasyonu, yönetimi, yeniden düzenlenmesi ve yapılacak bilimsel araştırmalar için;

⇒ Doğru, güvenilir, yararlı, eksiksiz ve kapsamlı verileri zamanında, süratli ve ekonomik olarak toplayacak,

⇒ Bu verileri kullanılabilir bilgilere dönüştürerek bir havuzda biriktirecek,

⇒ Havuzdaki bilgilerden kullanıcıların yararlanmasını sağlayacak,

⇒ Gerekli yerde ve düzeyde son teknolojinin olanaklarından yararlanacak,

⇒ Ülke içinde kurumlar arası ve ülkeler arası bilgi alış - verişinde bulunacak,

⇒ Farklı düzeylerde farklı enformasyon gereksinimlerine cevap verebilecek ve değişen koşullara uyarlanabilecek esnek bir yapıya sahip olacak,

⇒ Tek elden yönetilen fakat tüm kullanıcılarca kolay ulaşılabilen, kolay kullanılabilen, kolay denetlenebilen,

⇒ Basit fakat fonksiyonel, süratli, eğitici ve dinamik,

⇒ Sağlık personelinin tümünün etkin ve verimli bir şekilde kullanabildiği ve motive olduğu,

⇒ Veri tabanlarını süratle güncelleştirebilen ve periyodik raporları hazırlayabilen,

⇒ Koordine edilmiş, alttan yukarıya süzülerek, üstten alta geri bildirim olarak akan bir **ENFORMASYON SİSTEMİ**'ne sahip olabilmektir.

4. ÖNERİLER

⇒ SES işlemleri çok kapsamlı bir sistematiği, otomasyonu ve bürokratik işlemleri gerektirmektedir. Bu işlerin ülke çapında organizasyonunda Sağlık Bakanlığı baş sorumlu olmalı, diğer kamu ve özel kuruluş ve kişiler Bakanlığa yardımcı olmalıdır. Bu konuda gerekli yasal düzenleme ile bürokratik işlemleri hızlandırıcı yasal düzenlemeler süratle gerçekleştirilmelidir,

⇒ Ülke çapında örgütlenecek SES teşkilatı, özellikle üst yönetimler düzeyinde uzun vadeli bir öngörüye sahip teknolojilerle (donanım, yazılım) donatılmalıdır. Teknoloji alımında ulusal ve uluslararası yeterlik kriterlerine bağlı kalınmalıdır,

⇒ Sağlık Bakanlığı bünyesinde Ses Genel Müdürlüğü süratle kurulmalıdır. Bu Genel Müdürlük bünyesinde birisi Bakanlık içi, diğeri ülke çapında kurumlar arası enformasyon ilişkilerini düzenlemek için iki kurul oluşturulmalıdır. Bu ikinci kurul; DİE, DPT, SSK, üniversiteler, ilgili bakanlık temsilcileri ve diğer ilgililerden oluşmalıdır. Bu kurullar; SES ile ilgili planlama, organizasyon, denetleme, yeniden düzenleme görevlerini üstlenmelidir. SES Genel Müdürlüğü gereken miktarda ve nitelikte eleman, malzeme ve diğer olanaklarla donatılmalıdır. İl, ilçe ve hastane bazında SES ile koordineyi sağlayacak Hastane Enformasyon Sistemleri (HES) üst-kurullarının da oluşturulması gereklidir,

⇒ SES kademeli olarak faaliyete geçirilmeli, prototipler geliştirilmeli ve kullanıma geçmeden önce pilot bölgelerde test edilmelidir. Her kademe faaliyete geçmeden

önce o kademe ile ilgili personel ataması eğitimi yapılmalı ve gerekli malzeme, araç – gereç vb. sağlanmalıdır. Enformasyon sistemlerinin kurulması uzun vadeli bir iştir. Enformasyon sistemi yalnız donanım alımı olarak görülmemeli, sabırsızlıkla sistemlerin bir an önce kurulmasını bekleyen üst düzey yöneticilere bu tür çalışmaların uzun zaman alacağı, sabır ve özenle devam ettirilebildiği ölçüde başarıya ulaşılabileceği anlatılmalıdır,

⇒ Sağlık Bakanlığı ve diğer kuruluşlarca toplanan veriler SES Genel Müdürlüğü' nde bir havuzda biriktirilmeli ve buradan ilgililere dağıtılmalıdır. Veriler alt kademelere mutlaka bilgi olarak geri gönderilerek, her düzeyde hizmet değerlendirilmesi ve planlama yapılması sağlanmalıdır. Bu işlem ayrıca alt kademedeki personele gönderdikleri verilerin bir şeye yaradığını görmeleri yönünden de yararlıdır,

⇒ SES yaşama geçirilmeden önce tüm personel böyle bir sisteme güçlü ve inançlı olarak hazırlanmalıdır. Aksi takdirde, personelin dirençle karşı koyması sistemin kurulmasını, işleyişini ve etkinliğini kötü yönde etkileyebilir. SES ne kadar iyi tasarlanırsa tasarlansın, eğer personel; SES'in işlemesinde kendisinin ne denli önemli olduğunu, ne gibi görevleri olduğunu ve SES'in günlük çalışmalarında kendisine ne tür yararlar sağladığını bilmemesi durumunda SES'in başarılı olamayacağı kuşkusuzdur,

⇒ SES'in fonksiyonel biçimde çalışmasında en önemli unsur personeldir. Her düzeydeki personelin eğitimi SES'in istenen düzeyde işlemesi için hayati öneme sahiptir. Bu nedenle her personel görevi ve pozisyonu da dikkate alınarak etkin biçimde eğitilmelidir. Eğitim etkinlikleri hem okulda, hem görev başında sürekli olarak yapılmalıdır,

⇒ Başta tıp fakülteleri olmak üzere sağlık meslek liseleri ile sağlık personeli yetiştiren ön lisans ve lisans düzeyinde eğitim veren fakülte ve yüksekokulların müfredat programlarına SES eğitimi eklenmelidir. Ayrıca, SES konusunda lisans ve lisans üstü eğitim verilmelidir,

⇒ Sağlık Bakanlığı ve Türk Standartları Enstitüsü birlikte çalışarak ülke çapında uluslararası normlara uygun ve her basamak sağlık örgütü için gerekli standartları geliştirmeli ve ülke genelinde kullanılmasını sağlamalıdır. Bu amaca yönelik olarak

Türk Standartları Enstitüsünde "Sağlık Standartları Uzmanlık Komisyonu" oluşturulmalıdır,

⇒ Sağlık sektöründe bilgisayar okur - yazarlığının yaygınlaştırılması SES için de önemli bir faktördür. Bu personel maddi olarak desteklenmeli ve bilgisayar eğitim düzeylerini yükseltici önlemler alınmalıdır,

⇒ Sağlık düzeyi ve sağlık hizmetlerinin sunumu ile ilgili veriler yanında sağlık hizmetlerini kullanım, finansman, ulaşılabilirlik, demografik özellikler, sağlık ekonomisi, insangücü, hizmet maliyeti gibi konularda da veri toplanmalıdır,

⇒ Sağlık hizmetlerinin sunumunda olduğu gibi SES'in etkin olarak işlemesinde de kilit personel hekimlerdir. Hekimlerin SES eğitimine önemli derecede ağırlık verilmelidir. Bu nedenle tıp fakültelerine bu konuda önemli görevler düşmektedir. Tüm tıp fakültelerinde Biyoistatistik Anabilim Dalları kurulmalı ve bu anabilim dalına bağlı SES Bilim Dalları oluşturulmalıdır. Bu bilim dalları SES konusunda ders verecek elemanları yetiştirme, SES ile ilgili bilimsel araştırmalar yapma, SES'e uzman eleman yetiştirme ve eğitim programları geliştirme ve her düzeyde eğitim görevlerini üstlenmelidir,

⇒ SES'e atanacak her türlü personelin seçiminde titiz davranılmalı ve objektik kriterler konulmalıdır. Politik baskı ve tercihler tümüyle eradike edilmeli, liyakat ve başarı ön planda tutulmalıdır. SES'e başarılı hizmet veren personel ödüllendirilmeli, başarısızlara mutlaka yaptırım uygulanmalıdır. Merkezdeki ve periferdeki personelin sık sık yer değiştirmesi engellenmeli, hizmette sürekliliği sağlayabilmek için yerine başka bir görevli gelmeden kimse görevi terk etmemelidir,

⇒ SES'in hiyerarşisi içerisinde bilgi akışında etik kurallara ve gizlilik ilkesine uyulmalıdır,

⇒ Sağlık sektöründeki her düzeydeki personelin SES ile ilgili görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanarak yasal düzenlemeler yapılmalıdır.

BÖLÜM - III

SAĞLIK HİZMETLERİ SUNUMU

ALT KOMİSYONU RAPORU

1. GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin fikir ve modeller, bilimsel, etik, politik, ekonomik, toplumsal, kültürel, bireysel, vb. tüm düzeylerde zaman zaman birbirini destekleyen, zaman zaman birbiriyle çelişen farklı ölçüt ve ilkelerle biçimlenmektedir. Bu nedenle sağlık hizmetine ilişkin tartışmalar geniş bir katılımla, süreklilik içeren bir yaklaşımla ele alınmalıdır.

Sağlık Hizmetleri Sunumu Alt Komisyonu, geniş bir katılımcı grubuyla bu amacı gerçekleştirmek üzere çalışmıştır. Kendi içinde üç ayrı çalışma grubu oluşturmuş, her çalışma grubu kendi çalışma yöntem ve programını oluşturarak raporlarını hazırlamış; genel oturumla bu raporları tartışmış ve bu toplantıdan yola çıkarak sonuç raporunu hazırlamıştır.

Burada, daha sonraki dönemlerde dikkate alınmak üzere, çalışmalar üzerinde kısıtlayıcı olan bir unsuru dile getirmek yararlı olacaktır:

1961 Anayasası ile ülke kalkınmasını beşer yıllık dönemlerle planlayan Türkiye, bu demokratik planlama modelini hayata geçirebilmek üzere ihtisas komisyonlarını toplamaktadır. Ancak Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planında sağlığa ilişkin olarak tanımlanan hedeflerin çok azında anlamlı bir ilerleme sağlandığının tespit edilmiş olması, bu raporların oluşum süreci ve yeterliliği ya da uygulayıcı otorite(ler)in hazırlanan planlara yönelik talebi konusunda sağlıklı bir fikir vermemektedir.

Çalışma gruplarının, önceki raporlarda konan hedeflere neden yeterince ulaşılamadığı, bunda raporların içerik ya da hazırlanış biçimleri bakımından ne gibi eksikliklerinin rol oynamış olabileceği gibi konularda aydınlatılmamış olması; her plan döneminde önceki döneme ilişkin çalışmaların yeterince dikkate alınmadan sıfırdan başlatılması; zamanın aşırı kısıtlı tutulması yapılan çalışmaların alana katkısını sınırlayacaktır.

2. MEVCUT DURUM ve SORUNLAR

2.1. DÜNYADA MEVCUT DURUM

1. Sağlık evrenseldir ve insan hakkıdır**.** Sağlık hizmeti öncelikle sağlam insana götürülen bir hizmettir. 21. yüzyıla adım atarken, sağlık alanında hedeflenen en önemli konu; yalnızca daha uzun bir yaşam değil yaşam kalitesinin de yükseltilmesidir.

2. Dünya Sağlık Örgütü (D.S.Ö.) 21. yüzyıl Avrupa Bölgesi Hedeflerinde, sağlık hizmetlerinin planlanması, sunulması ve sonuçlarının değerlendirilmesinde, toplumun her kesimine, yoksunlukları ve ihtiyaçları dikkate alan bir eşitlik anlayışı ve her düzeyde katılım ve dayanışma sağlanması ilkeleriyle hareket edilmesi gereği vurgulanmaktadır.

3. Sağlık Hizmetleri Sunumu ile ilgili 1996 tarihli Lubljana Sözleşmesinde, sağlık hizmet sunumu sistemleri ile ilgili gereklilikler olarak şunlar sıralanmıştır:

   - İnsan onuru, eşitlik, dayanışma ve mesleki etik ilkelerle yönlendirilmesi,
   - Sağlığın geliştirilmesi yönünde açık hedefler konması,
   - Yurttaşların ihtiyaçlarına yanıt vermesi,
   - Bakımın niteliğinde sürekli gelişimin amaçlanması,
   - Finansmanın, vatandaşlara tüm sağlık hizmetlerinin ulaşabilmesine olanak yaratmasının yanısıra, sürdürülebilir nitelikte olmasının güvenceye alınması,
   - Birinci basamak yönelimli olması.

4. Varolan sağlık sistemlerinin yatay ve düşey düzlemlerde parçalanma içinde olduğu tespiti geçerliliğini korumaktadır. D.S.Ö. hizmetlerin hasta geldikçe ve alt uzmanlık dallarına doğru bölümlenmiş biçimde verildiğini vurgulamaktadır. Bu soruna karşı, 2010 yılı itibarıyla, Avrupa Bölgesi ülkelerinin yüzde 90'ında, etkin, maliyet-etkinliği yüksek, 2. ve 3. basamaktan geri beslemenin alınabildiği bir sevk sistemine sahip ve kapsamlı bir birinci basamak hizmeti kurulmuş olmasını öngörmektedir.

5. Yine aynı hedefler kapsamında, ülkelerin yüzde 90'ında birinci basamak sağlık kuruluşlarında aile (sağlığı) hekim ve hemşirelerinin entegre birinci basamak hizmetlerinin çekirdeğinde yer aldığı; farklı mesleklerden oluşan ekiplerin sağlık için birarada çalışacakları ve yerel düzeyde toplum katılımının sağlanacağı bir sistemin kurulmuş olması da ifade edilmiştir.

6. Sağlık hizmet sunumunun, aile ve toplum merkezli olması, kendi kendine bakım, evde bakım gibi alanlardaki gereksinimlere yanıt vermesi, ve güçlü bir sevk sistemine sahip olması hedeflenmektedir.

7. Sağlık hizmetlerinin sunum standartlarının geliştirilmesi, bekleme sürelerinin azaltılması, hizmeti sunanların ve yararlananların memnuniyetlerinin artırılması ve planlama ve değerlendirmede katılımlarının sağlanması önemli hedefler arasındadır. Bu amaçla, tek tek kurumların yanı sıra genel boyutta da sağlık hizmetlerinde sürekli kalite gelişimi ilkelerinin uygulanması için çalışmalar yoğunlaşmaktadır.

8. Uluslararası alanda, sağlık hizmetlerinde bilimsel kanıtlara dayandırılan bir standardizasyonun olmaması önemli bir sorun olarak değerlendirilmektedir. Bu yöndeki çalışmaların amacı, sağlık hizmet sunumundan sorumlu sağlık çalışanlarına, alanlarındaki son bilimsel çalışmalarla desteklenen bir hizmet ortamı sağlamak ve bu hizmetlerden yararlananlar için olanaklı en yüksek nitelikli bir hizmeti güvenceye almaktır. Bu yolla hizmetlerin etkinliği ve verimliliğinin daha iyi izlenip değerlendirilebileceği düşünülmektedir.

9. Bugün dünyada doğumda beklenen yaşam süresinin 66 yıldan 73 yıla çıkmasına rağmen, sağlıkla ilgili sorunlar çözülmüş değildir. Özellikle cinsel yolla bulaşan hastalıklar, 5 yaş altı çocuk ölümleri ve aşı ile korunulabilir hastalıkların morbiditesi ve mortalitesi önemini korumaktadır. Bugün 5 yaş altı çocukların her yıl en az 2 milyonu aşı ile korunulabilir hastalıklardan, 8 milyonu malnütrisyon, ishal ve pnömoniden ölmektedir. Her yıl 20-64 yaş grubundan 15 milyon insan önlenebilir nedenlerle yaşamını kaybetmektedir. Bunun 3 milyonu etkin bir tedavi stratejisine rağmen tüberkülozdan, eğitim ve korunma ile önlenebilmesine rağmen HIV/AIDS'ten ölmektedir. Giderek küreselleşen dünyada bulaşıcı hastalıkların yaygınlaşma riski hızla artmakta ve hizmet sunumunda koruyucu hizmetler daha da ön plana çıkmaktadır.

10. D.S.Ö.'nün 21. yüzyılın sağlık hedeflerinin tanımlanması çalışmasının temel metni olan "Health-21" adlı belgedeki önemli vurgulardan biri, birinci basamak sağlık hizmetleri ile hastane hizmetlerinin entegre edilmesi konusundadır. Giderek karmaşıklaşan ve uygun olmayan bir tüketim ortamı koşullarına kapılarak toplum kesimleri için ekonomik olarak karşılanabilir nitelikte olmaktan uzaklaşan, toplumlara olumsuz sağlık etkilerinin yanısıra ağır ekonomik yükler de getiren yaklaşımların terk edilmesi yönünde, evrensel düzeyde yoğun bir çaba bulunmaktadır.

11. D.S.Ö. 21. Yüzyıl Avrupa Bölgesi sağlık hedeflerinde, sistematik programlarla eradikasyon, eliminasyon ve kontrol çalışmaları ile bulaşıcı hastalıkların azaltılacağı öngörülmektedir: Bölgede poliomiyelit bulaşının durduruluşu 2003 yılında her ülke tarafından belgelendirilmiş; yenidoğan tetanozu 2005 yılından önce elimine edilmiş; ve 2010 yılından önce bölge içi kaynaklı kızamığın eliminasyonu üye ülkeler tarafından belgelendirilmiş olacaktır. 2010 yılı itibarıyla Hepatit B taşıyıcılık insidansının en az yüzde 80 azaltılması; difteri ve hemofilus influenza tip-b insidansının yüz binde 0.1'in altında kalması gibi hedefler tanımlanmıştır. Konjenital sifiliz ve konjenital kızamıkcık insidansının her bin canlı doğumda 0.01'in altında kalması hedeflenmektedir. 2015 yılı itibarıyla sıtma insidansının yüz binde 5'in altında kalması öngörülmektedir.

12. Kişiyi bulaşıcı olmayan hastalıklara karşı zayıf kılan etkenler, genetik, biyolojik, davranışsal ve çevreseldir. Genetik yatkınlığın erken saptanması ve tedavi edilmesi yönünde çalışmalar sürmektedir. Ancak davranışsal ve çevresel risk faktörlerinin azaltılması ve kontrolü hala en önemli müdahale alanlarından biridir. Sigara, alkol kullanımları, şişmanlık, yağdan zengin beslenme, yetersiz bedensel aktivite, strese maruziyet gibi faktörler epidemiyolojik olarak belirli hastalıklarla ilişkilendirilebilmektedir. Koroner kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar, kanserler, diyabet, kronik obstrüktif akciğer hastalıkları, ağız-diş sağlığı sorunları hala önde gelen morbidite ve mortalite nedenleridir. D.S.Ö., topluma yüklediği yükler açısından hastalıklara yönelik hesaplamalarda, en fazla yük getiren hastalıklar arasında unipolar major depresyonu, iskemik kalp hastalıklarının hemen ardından ikinci olarak belirtmektedir.

13. D.S.Ö. 21. Yüzyıl Avrupa Bölgesi Sağlık Hedeflerinde, 2020 yılı itibarıyla 65 yaş altında kardiyovasküler hastalıklara bağlı ölümlerin en azından yüzde 40 azaltılması; kanserlerde bu oranın ortalama yüzde 15 olması (akciğer kanseri için yüzde 25); körlük, ampuasyon gibi ağır diyabet komplikasyonlarının en az üçte bir oranında azaltılması; 6 yaşından küçük çocukların yüzde 80'inde hiç bir diş çürüğü olmaması, 12 yaşından büyüklerde ortalama 1,5 dişten fazla çürük ve kayıp olmaması öngörülmektedir.

14. Avrupada kazalara bağlı olduğu bildirilen ölümlerin sayısı 1994 yılında 500 000 dolayındadır. 21. Yüzyıl Avrupa Bölgesi hedeflerinde yol ve ev kazaları ile aile içi ya

da organize şiddete bağlı morbidite ve mortalitenin yüzde 25-50 oranında azaltılması öngörülmüştür.

15. Sağlık ve çevre arasındaki ilişkinin önemi bilinmekle birlikte, ekonomik nedenlerle ve endüstriyel kalkınma önceliklerinin ağır basması yüzünden bu konu ihmal edilmektedir. Çevreye ilişkin sağlık riskleri coğrafi ya da toplum kesimleri bakımından eşit dağılmamaktadır. Eşitsizliklerin giderilmesi ile çevresel koşulların iyileştirilmesi arasında güçlü bir bağ vardır. Avrupa ülkelerinde 1994 Helsinki Deklerasyonunu takiben Ulusal Çevre Eylem Planları hazırlanmıştır.

16. Sağlıklı beslenme, uygun bedensel aktivite ve sağlıklı cinsellik gibi konuları tanımlayan sağlıklı yaşam biçimlerinin desteklenmesi çalışmaları, hizmet sunumunun önemli bileşenlerinden biri olmaktadır.

17. Alkol, ilaçlar ve tütün kullanımından kaynaklanan sorunların azaltılması, önemli hedeflerden biri olmaktadır. Düzenli olarak sigara kullanan kişilerin yüzde 50'si sigaraya bağlı nedenlerden ölmektedir.

2.2. TÜRKİYE'DE MEVCUT DURUM

1. Sağlık hizmeti veren birimler, birinci basamakta sağlık ocakları, ana çocuk sağlığı merkezleri, verem savaş dispanserleri, kamu hastanesi poliklinikleri, SSK sağlık istasyonları ve dispanserleri, belediyeler, işyeri hekimleri, özel teşhis tedavi poliklinikleri, muayenehaneler ve farklı büyüklükte çok çeşitli diğer bakanlık dispanserleri, vakıf polikliniklerdir. İkinci basamak hizmetler, Sağlık Bakanlığı, SSK, Ulaştırma, Milli Eğitim gibi bakanlık hastaneleri, belediye hastaneleri, azınlık, vakıf hastaneleri ve özel hastaneler tarafından verilmektedir. Üçüncü basamak hizmetler ise, tıp fakülteleri, özel dal hastaneleri, eğitim hastaneleri gibi referans hastanelerinde verilen hizmetlerdir.

2. Ülkemizde yaklaşık 12500 sağlık evi, 5500 sağlık ocağı, 165000 hasta yatağı ile, 73000 hekim, 75000 ebe, hemşire, sağlık memuru ve sağlık teknisyeni hizmet vermektedir. Her üç basamak sağlık hizmetleri de çok değişik kuruluşlar tarafından, eşgüdümden, işbirliğinden ve bütünsellikten uzak biçimde verilmektedir. Hizmetlerin planlanması ve verilmesinde çok başlılık vardır. Kuruluşlar ve/veya basamaklar arası bağlantılar yok denecek ölçüde kopuktur.

3. Kamu başta olmak üzere, sağlık güvence sistemleri içinde **sevk zinciri** uygulaması neredeyse yoktur. Toplum en yalın yakınmasından en karmaşık hastalığına kadar, geniş ve çok başlı bir sağlık sistemi içinde yalnız bırakılmıştır. Öyle ki, referans hastaneleri bile çoğu kez ilk basamak tedavi hizmetlerinde verilmesi gereken hizmeti vermektedir. Hastane polikliniklerinde yığılan ve hizmet kalitesini ve etkinliğini düşüren ve büyük yakınmalara neden olan kalabalığa ait sorunların çok önemli bir bölümünün, (yaklaşık yüzde 80-90), birinci basamakta çözümlenebileceği bilinmektedir. Ancak sevk zinciri uygulamasının olmayışı, hem kaynakların adil kullanımına engel olmakta, hem de genel olarak sağlık hizmetlerinin kalitesinin düşmesine neden olmaktadır.

4. Genel olarak kamu sağlık hizmetlerinin her üç basamağında da aşırı bir merkeziyetçilik hakimdir. Sağlık birimlerinde yönetim sorumluluğu, profesyonel yöneticiler ya da yönetim konusunda özel eğitim almış meslek sahipleri tarafından üstlenilmemiştir.

5. Sağlık hizmetlerinin yönetim organizasyonu, yerel ve merkezi düzeyde nüfuzlu kimselerin kişisel müdahalelerine açıktır.

6. Sağlık hizmetlerinin planlanması, verilmesi, izlenmesi ve değerlendirilmesinde en çok ihtiyaç duyulan, geleceğe yönelik perspektifi barındıran, geniş kapsamlı ve sektörlerarası işbirliğine dayanan bir yapılanma yoktur.

7. Verilen hizmetlerin izlenmesi, değerlendirilmesi, denetlenmesi ve saptanan sorunların geri bildirimi ve düzeltilmesi konusundaki eksiklikler, bütün basamaklarda ağır bir sorun olarak yaşanmaktadır.

8. Ülkemizde sağlık hizmet sunumuna ilişkin olarak bazı alanlarda mevzuat yetersizliği vardır; mevzuatın yeterli olduğu alanlarda ise, uygulama aksamaları, denetim yetersizliği ve mali destek sorunları yaşanmaktadır. Hizmet veren insangücünün eğitimi ve istihdam politikalarının sürekli değişimi hizmet sunumundaki istikrarı da olumsuz yönde etkilemektedir.

9. Anayasal sorumluluk olmakla birlikte, devlet kurumları, sağlık alanında sosyal güvenlik ve hizmet sunumunu özel sektör kurumlarına aktarma uygulamalarına yönelmiştir. Devletin sağlık politikası değişmekte, fakat özelleştirme ile ilgili olarak

toplumu, çalışanları koruyucu bilinç, mevzuat, kurum ve gelenekler yeterince bulunmamaktadır.

10. Her üç basamakta da, personel, altyapı, hizmet kriterlerine ilişkin standartlar ve kalite sorunu gündemdedir.

11. Sağlık hizmetlerinde kimi en gerekli alanlarda ağır bir kaynak sorunu yaşanırken, kimi alanlarda aşırı savurganlıklara rastlanmaktadır.

12. Hemen hiç bir basamakta randevu sistemi oluşturulamamıştır.

13. Sağlık hizmetlerinde saygı, anlayış ve güler yüz eksiktir. Hasta haklarının varlığından pek söz edilemez. Sağlık mesleklerinin eğitiminde ve bu mesleklerin uygulanmasında etik ilke ve standartlara hak ettiği önem verilmemektedir.

14. Tıbbi hizmetlerin sunumunda bilimsel kanıtlara dayandırılan bir standardizasyon yoktur.

15. Çalışanların iş güvencesi yeterli nitelikte değildir. Mesleki risk ve can güvenliği açısından, sunulan hizmetlerle doğru orantılı bir güvenceye sahip olunduğu söylenemez.

16. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası gereği, l960' tan bu yana birinci basamak sağlık hizmetleri, her bireye eşit, entegre, erişilebilir ve koruyucu ağırlıklı olarak ele alınmaktadır. Ancak yönetimlerin sık sık değişmesi ve gerekli kararlılığın olmaması birinci basamak sağlık hizmetlerinin istenilen düzeye ulaşmasını engellemektedir.

17. Demografik yapının değişmesi ve göçler nedeniyle risk grupları da değişmeye başlamıştır; kırsal alana öncelikli ve yönelimli olarak düşünülen birinci basamak sağlık hizmetleri, kentsel alanlar için yeniden gözden geçirilmelidir.

18. Koruyucu hizmetler ana ve çocuklara kısmen ulaşabilirken; ergenlere hiç ulaşamamaktadır. Sağlık hizmetlerinde risk grubu yaklaşımına yeni risk gruplarınının eklenmesi gereği doğmuştur.

19. VII. Beş Yıllık Kalkınma Plan döneminde 'Sağlık Teşkilatının il ve ilçe düzeyinde kuruluş, işleyiş, hizmet sunumu ve kullanımı yönünden düzenlenmesi amacıyla

"Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği hakkında Yasa Tasarısı Taslağı" hazırlanmış, ancak yasalaşmamıştır.

20. Sağlık insangücü yetiştirilmesi, örgün sağlık eğitimi, sağlık personelinin bilgilerinin yenilenmesi ve gelişimlerinin sağlanması, hizmetiçi ya da görevbaşı eğitimi, toplumun sağlık bilgisinin artırılması, sağlıklı davranış alışkanlıklarının kazandırılması ve sağlık gelişimlerinin sağlanmasını kapsamına alan sağlık eğitimi konusunda, yeterli politika ve programlar bulunmamaktadır.

21. Toplumun sağlık eğitiminde önemli bir olanak yaratan kitle iletişim araçlarından yeterince yararlanılmamaktadır. Öte yandan, bu kitle iletişim araçlarıyla yapılan yayınlarda sağlıkla ilgili yanlış ve/veya yanıltıcı haberlere yönelik yaptırım eksikliği sorunu vardır.

22. İnsanlar güvenilir, uygun fiyatta, kaliteli, sağlıklı beslenme alışkanlığını geliştirecek besinleri satın alma ve tüketme hakkına sahiptir. Politikalar oluşturulurken besin ve sağlık kavramları birlikte ele alınmalıdır. Bu nedenle besin, beslenme plan ve politikalarının oluşturulması tarım, sağlık, eğitim, ticaret, sanayi kuruluşlarının, üniversitelerin sivil toplum örgütlerinin işbirliğini gerektirir.

23. Ülke genelini yansıtacak "Beslenme ve Sağlık Araştırması" 26 yıldır yapılamamıştır. Bu nedenle, yeterli bir veri tabanı bulunmamaktadır. Mevcut durum bölgesel araştırma verilerine dayalı olarak verilmektedir.

24. Bebeklerin emzirilmesi sıklığı yaygın (yüzde 95.2) görünse de salt anne sütü ile dört ay beslenen bebeklerin oranı yüzde 9.2' ye düşmüştür. Ek besinlere erken başlanmakta (ilk bir ayda yüzde 49.3) ve uygun olmayan ek besinler verilmektedir.

25. Aile yapısında ve ailenin ekonomik durumunda meydana gelen değişimler sonucu daha çok insan ev dışında beslenmektedir. Bireylerin yaşam şekline bağlı olarak yemek fabrikaları gibi kaynaklardan toplu beslenmeye veya ayaküstü beslenmeye yönelmesi, gıda güvenliği ve beslenme sorunlarını ortaya çıkarmaktadır.

26. Genel olarak toplumun düzenli bir fiziksel aktivite/spor yapma alışkanlığı yoktur.

27. Türkiye'de 0-5 yaş grubu çocuklarda büyüme ve gelişme geriliği, kansızlık, raşitizm; okul çağı çocuk ve gençlerde zayıflık ya da şişmanlık, kansızlık, vitamin

yetersizlikleri, iyot yetersizliğine bağlı hastalıklar, diş çürükleri; yetişkin kadınlarda zayıflık ya da şişmanlık, kansızlık, iyot yetersizliğine bağlı hastalıklar, vitamin yetersizlikleri; yaşlılarda beslenmeye bağlı kronik hastalıklar sıklıkla görülmektedir.

28. Kronik enerji yetersizliği: Son 10 yılda görülme sıklığı düşmesine rağmen 0-5 yaş grubu çocuklarda kronik malnütrisyon göstergesi olan kısa boyluluk oranı yüzde16'dır (Batı: yüzde 9.9, Doğu: yüzde 30; Kent: yüzde 12.6, Kırsal: yüzde 22).

29. Düşük doğum ağırlığı: 2500 gr.dan düşük ağırlıkla doğan bebeklerin ortalama oranı yüzde 10'dur.

30. Demir yetersizliği anemisi (kansızlık): 0-5 yaş grubu çocukların ortalama yüzde 50'si, okul çağı çocukların yüzde 30'u, gebe ve emzikli kadınların yüzde 50'si kansızdır.

31. İyot yetersizliği: 6-12 yaş grubu çocuklarda basit guatr görülme sıklığı yüzde 30.3' tür. Çocuklarda önlenebilir zeka geriliğine yol açan hipotiroidinin ülke genelinde boyutları bilinmemektedir. Sorunun önlenmesinde kesin çözüm olan iyotlu tuzun kullanılma oranı ise yüzde 24' tür.

32. Raşitizm görülme oranı yüzde 7-10' dur.

33. Vitamin yetersizlikleri: 7-17 yaş grubu çocuklarda B_1 vitamini (yüzde 20.1), B_2 vitamini (yüzde 89.9), vitamin B_6 (yüzde 83.4), folik asit (yüzde 23.3), vitamin B_{12} (yüzde 5.9), vitamin C (yüzde 43), vitamin A (yüzde 11.6), B-karoten (yüzde 3.5), vitamin E (yüzde 21.8), demir (yüzde 6.1) ve çinko (yüzde 15.7) yetersizlikleri saptanmıştır. Gebe ve emzikli kadınlarda da B_2, B_6, B_{12} ve folik asit vitaminleri ile demir, çinko, kalsiyum minerallerinin yetersizlikleri bulunmuştur. Ayrıca kadınlarda önemli oranda kemik kaybı olduğu saptanmıştır.

34. Diş çürükleri: Okul çocuklarında yüzde 43-85 oranında diş çürüğü prevalansı bulunmuştur. Çürük, kayıp, dolgu oranı 13-19 yaş grubu gençlerde 2.94' diş olarak belirlenmiştir.

35. Beslenmeye bağlı kronik hastalıklar: Şişmanlık, kalp-damar hastalıkları, hipertansiyon, diabet, kanser ve osteoporoz önemli kronik hastalıklardır. Yetişkin kadınların yüzde 33.4'ü hafif şişman ve yüzde 18.8'i şişmandır. Şişmanlık oranı

yetişkin erkeklerde yüzde 10'dur. Okul öncesi çağda hafif şişmanlık oranı yüzde 19 ve şişmanlık oranı ise yüzde 7' dir.

36. Ülkemizde tüm ölümlerin ilk sırasında yüzde 43 oranında kalp-damar hastalıkları yer almaktadır. Bireylerin yüzde 9'unun kolesterolü (>250 mg/dL), yüzde 17'sinin trigliserit değerleri (>200 mg/dL) yüksek saptanmıştır. Yüksek olması istenen HDL düzeyi ise düşüktür.

37. Hipertansiyon görülme oranı yüzde 11-43'dür. Sigara içme halen yaygın bir sorundur. Ülkemizde 15 yaş üzeri erkeklerin yüzde 63'ü, kadınların yüzde 24'ü sigara içmektedir.

38. Kanser ülkemizde ikinci sırada ölüm nedenidir. Tüm ölümlerin yüzde 11'ini oluşturmaktadır.

39. Diabet toplumun yüzde 3.5' inde görülmektedir. Son 5 yılda erkeklerde yüzde 25, kadınlarda yüzde 14 oranında artış göstermiştir.

40. Osteoporoz görülme oranı kadınlarda yüzde 10.9, erkeklerde yüzde 0.6 dır.

41. Enfeksiyon hastalıkları ve ishal çocuk hastalıklarının ve ölümlerinin başlıca nedenleri olmaya devam etmektedir. İshal prevalansı yüzde 29.7'dir. Son beş yılda ishal insidansında yüzde 5 artış olmuştur. Üst solunum yolu hastalıklarının insidansı çocuklarda yüzde 12'dir.

42. Yetişkinlerde kronik solunum yolu hastalıkları görülme oranı yüzde 2.5' tir.

43. Koruyucu ve tedavi edici ağız ve diş sağlığı hekimlik hizmetleri yeterince önemsenmemekte ve hizmet sunumunda yeterli ağırlıkta yer almamaktadır.

44. Gıda Kontrol Sistemi: Gıda kontrol sisteminde yetersizlikler vardır. Buna bağlı olarak sağlıksız besin arzı söz konusu olabilmektedir. Yasal düzenlemelerde özellikle ürün bazında büyük eksiklikler bulunmaktadır. Ayrıca, mevcut yasal düzenlemelerin Avrupa Birliği ile uyumlaştırılması çalışmaları tamamlanmamıştır. Tüketicilerin besin kirliliği ile ilgili bilgi düzeyi düşüktür.

45. Beslenme Bilgi (Eğitim) Düzeyi: Ülke genelinde halkın sağlıklı beslenme konusundaki bilgi düzeyi düşüktür ve hatalı uygulamaları mevcuttur.

46. Okul sağlığı çalışmaları tüm dünyada 1800'lü yıllarda başlamasına rağmen, ülkemizdeki çalışmalar 1970' li yıllarda başlamıştır. Türkiye'de okul sağlığı çalışmaları yok denecek kadar azdır. Kısa sürede okul sağlığına ilişkin çalışmaların başlatılması gereklidir. Konuyla ilgili her düzeyde bilgi ve duyarlılığa gereksinim bulunmaktadır.

47. Ülke çapında ergenlere yönelik üreme sağlığı hizmeti sunulmamaktadır. Sosyal ve toplumsal baskı, yaşın getirdiği çekingenlik, başvurulabilecek sağlık kurumlarını bilmeme, sağlık kurumlarında adolesanlara danışmanlık verebilecek birimlerin bulunmaması, var olan sağlık kuruluşlarında bu konuda özel eğitilmiş personelin olmaması, adolesanların ulaşabileceği noktalarda hizmet verilmemesi, ailelerinin desteği olmadan gerek kontraseptif malzeme, gerek üreme sağlığı hizmeti alabilecek maddi imkanlara sahip olmamaları, örgün eğitimde üreme sağlığına yeterli yer verilmemesi, eğiticilerin bu konudaki yeterliliğinin sınırlı olması, adolesanlara yönelik hazırlanmış olan "bilgi-eğitim-iletişim" materyallerinin kapsam bakımından dar, az sayıda ve yeterince yaygın olarak dağıtılamaması, görsel işitsel medyanın kimi zaman bu konuda yanlış bilgiler vermesi, ergenlere yönelik hizmet yetersizliklerini sergilemektedir.

    Rutin bilgi toplama sistemi içinde adolesan ve gençlerin üreme sağlığına ilişkin bilgi toplanmamaktadır. Bu nedenle, adolesanlara verilen hizmetlerin analizi yapılamamaktadır.

    Kırsal kesimde, erken yaşta evlilikler hala yaygındır; öte yandan özellikle kentsel kesimde evlilik dışı cinsel ilişki yaşının küçüldüğüne ilişkin ipuçları vardır.

48. Ana sağlığı ve ölümleri konusunda bazı ilerlemeler sağlanmış olmakla birlikte yapılması gereken çok şey vardır. Eğitimi ve sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan kadınlar arasında riskli gebeliklerin yaygınlığına karşın, doğum öncesi bakım ve doğum hizmetlerinden yararlanma düzeyi düşüktür (yüzde 44.4). Bölgesel ve yerleşim yerlerine göre farklılıklar halen ciddiyetini korumaktadır. Doğum öncesi bakım hizmetleri ülke genelinde bütün birinci basamak sağlık kuruluşlarında verilememektedir, bu kuruluşların teknik donanımı ve insangücünün niteliği hizmet kalitesi için yeterli değildir.

Sezaryenle doğum ve düşük doğum ağırlıklı bebek oranı yüksektir (sırasıyla yüzde 21.9, yüzde 12); komplikasyonlu doğum sıklığı (yüzde 56) yüksektir. Neonatal bebek ölümleri yüksek düzeyde olup perinatal sağlık sorunlarının kontrolüne ihtiyaç vardır.

Sağlık kuruluşlarında doğum hizmetleri kalitesinin izlenmesini sağlayacak kayıt sistemi kurulamamıştır.

Doğum ya da düşük sonrası kontraseptif uygulanma oranı çok düşüktür, erkeğin katılımını sağlayacak danışmanlık hizmeti çok yetersizdir.

49. Aile planlaması sorunlarına stratejik plan yaklaşımıyla eğilinmemekte, hazırlanmış olan Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Ulusal Stratejik Eylem Planı tüm boyutlarıyla uygulamaya konulamamıştır. Kadın sağlığı ve aile planlaması (KS/AP) hizmet kalitesinin yükseltilmesi, hizmetlerin yaygınlaştırılması ve yerleşim yerleri ile bölgeler arası farklılıkların giderilmesinde yetersizlikler bulunmaktadır. KS/AP hizmetleri, ilgili tüm sağlık kuruluşlarının hizmetlerine yeterince entegre edilememiş ve kurumsallaştırılmamıştır.

Aile planlaması yöntemi kullananlar arasında etkili yöntemlerin kullanım oranları düşüktür. KS/AP konusunda toplumun bilinçlendirilerek hizmetlerden yararlanmasının artırılması ve sürekliliğinin sağlanması için bilgilendirme, eğitim ve iletişim çalışmaları yeterince güçlendirilememiş ve yaygınlaştırılamamıştır.

KS /AP Hizmetlerinin kaliteli ve yaygın olarak sunulabilmesi için örgütlenme, fiziki yapı, insangücü, mevzuat, yönetim, bilgi sistemi, koordinasyon ve işbirliği konularında gereken düzeye ulaşılamamıştır.

KS/AP hizmetlerinin kaliteli ve yaygın biçimde verilebilmesi için hekim, ebe, hemşire ve diğer ilgili personele, hizmet öncesi ve hizmet süresince yeterli bilgi ve becerilerin kazandırılması yeterli düzeyde değildir.

AP hizmetlerinde kontraseptif malzeme gereksinimlerinin kamu ya da özel sektör eliyle sağlanabilmesi için kendi kendine yeterli kaynak sağlayacak bir ulusal finansman sistemine ihtiyaç vardır.

50. Cinsellikle ilgili akademik bilgilerin eksikliği, bireylerin ve toplumun cinselliği genellikle üreme işi ve organlarıyla ilgili biyolojik bir eylem olarak dar bir odaktan görmelerine neden olmuştur. Bunun sonucu olarak, toplumca cinsel eğitimden korkulmaktadır. Ülkemizde gerek örgün gerek yaygın eğitimde, hatta sağlık personelinin meslek eğitimlerinde de cinsel sağlık bilgileri eğitimi yapılmamakta, kimlik gelişimi üzerine olumsuz etkileri olan bu durum riskli cinsel davranışlar konusunda da bilgilenme ve bilgilendirme olanağını sınırlamaktadır.

Cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH) dünyada yaygın görülen önemli bir sağlık sorunudur. Cinsel yolla bulaşan hastalıkların oluşumunda rol oynayan biyolojik ve sosyal faktörler ve klinik ve laboratuar tanılarında yaşanan güçlükler hastalıkların önleme ve kontrol programlarını zorlaştırmakta ve enfeksiyonlar gizli bir şekilde giderek yaygınlaşmaktadır. Ülkemiz uluslararası göçlerin olduğu, sosyal ve ekonomik yeni değerlerin oluştuğu komşu ülkeler arasında kalarak bölgedeki karmaşa ve nüfus hareketlerinden etkilenmekte, riskli davranışları artıran bu özellikler ise CYBH' ların kontrolünü de zorlaştırarak, hastalıkların yayılmasına neden olmaktadır.

Güvenli cinsel davranışların özellikleri toplum tarafından yaygın olarak bilinmemekte, bu nedenle riskli cinsel davranışlar süregelmektedir.

CYBH / HIV-AİDS'in yalnızca "başkalarının" sorunu olduğu düşünülmekte, bu yaklaşım korunma, tanı ve tedavi fırsatlarını sınırlandırmaktadır. Türkiye'de CYBH kavramı ve kontrol özellikleri ne toplumun geneli, ne de hekim ve hekim dışı sağlık personeli tarafından yeterince bilinmemektedir. Yasal zemin olduğu halde cinsel sağlık, CYBH / HIV-AİDS hakkında bilgilendirme ve tanı-tedavi hizmetleri temel sağlık hizmetlerine gerektiği biçimde entegre edilmiş değildir.

Sağlık hizmetlerinin kalitesi cinsel sağlık ve CYBH gibi duyarlı konularda hizmet vermek için yeterli değildir. Gerek karşılama, gerek tanı ve tedavi yaklaşımları, gerekse gizlilik ilkesiyle birlikte kayıt ve bildirim uygulamaları yerine getirilememekte, bu nedenlerle bireylerin hizmet almak için talep ve ulaşma olanakları sınırlanmakta, etkin kontrol yapılamamakta ve sorunların boyutları bilinememektedir.

Yaşlılara yönelik üreme sağlığı hizmetleri temel sağlık hizmetleri bütününe entegre edilememiştir. Birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşlarında yaşlıların üreme sağlığını hedef alan koruyucu ve erken tanı için rutin olarak uygulanan

programlar (kanser, osteoporoz ve kardiyovasküler riskler için tarama testleri) mevcut değildir. Ülkemizdeki 60 yaş üzerindeki yaşlıların yüzde 85 inin en az bir kronik hastalığı vardır.

Sağlık personelinin, toplumun (birey ve ailelerin) konuyla ilgili, bilgi ve bilinci yetersizdir; güvenilir araştırma ve bilgiler mevcut değildir.

Yaşlılara yönelik sağlık hizmetleri altyapısının geliştirilmesi, özel bakım birimlerinin artırılması ve sağlık personelinin nitelik ve nicelik bakımından yetiştirilmesi zorunludur.

51. Bugün Türkiye'de 7,5 milyon özürlünün yaşadığı tahmin edilmektedir. İş kazaları ve meslek hastalıkları, trafik kazaları, ev kazaları özürlülük nedenlerinde ilk sıraları almakta, bunlara doğal afetlerin etkileri eklenmektedir. Özürlülük konusundaki geleneksel anlayıştan, özürlülerin toplumsal yaşamın her düzeyinde yer alabilecek, toplumun önemli bir parçası olduğu anlayışına geçilmelidir.

52. Bağışıklama hizmetlerinin, yaşanan tüm olumsuzluklara karşın büyük emeklerle yürütülen aşılama hizmetlerinin, kampanyalar yerine sistematik ve yaygın olarak sürdürülmesi gerekmektedir. Aşı kampanyalarının pek çok farklı nedenlerle genel aşı uygulamalarını olumsuz olarak etkilediği gösterilmiştir.

53. Bulaşıcı hastalıkların bildirimi Umumi Hıfzıssıhha Kanununun (UHK) 57. maddesine göre yapılmak durumundadır. Ancak, gerek birinci basamak, gerek ikinci basamaktan yapılan bildirimler yetersiz kalmakta ve ülke genelini yansıtmamaktadır.

54. Kuduz, bruselloz, kist hidatik, toksoplazmoz, tüberküloz ve şarbon gibi zoonozlar, ülkemizde hala önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Özellikle son zamanlarda artış gösteren kontrolsüz hayvan girişi, teşhis edilemeyen bazı hastalıkları da beraberinde getirecektir. Zoonozlarla mücadelede Sağlık Bakanlığı, Tarım ve Köyişleri Bakanlığı, belediyeler gibi birden fazla kuruluş sorumludur.

55. Türkiye, gelişmiş ülkelerle kıyaslandığında birinci basamak ruh sağlığı hizmetlerinin sunumunda geri kalmıştır. VII. Beş Yıllık Kalkınma Planında birinci basamak sağlık hizmetlerine ilişkin az sayıda özel programların başlatıldığı ancak, yaygınlaştırılamadığı belirtilmektedir.

56. Dünya nüfusunun giderek yaşlandığı bilinmektedir. Yaşlı nüfus ülkemiz için de uzak olmayan bir gelecekte gündeme gelecektir. Bir yandan doğurganlığın düşmesi, öte yandan kronik hastalıkların örneğin kardiyovasküler hastalıkların erken tanı ve tedavi olanaklarının artması ve sonuç olarak doğumda beklenen yaşam süresinin uzaması gibi faktörlerin etkisiyle, genel nüfusumuz içindeki yaşlı nüfus oranının 30 yıl içinde 2-3 kat artacağı öngörülmektedir. Bu nedenle yaşlı sağlığı giderek önem kazanmaktadır.

57. İş sağlığı açısından yaşanan sorunlar arasında küçük ölçekli işyerlerinde sağlık hizmetlerinin yetersizliği önde gelmektedir. Hizmetlerde standardizasyon sorunu vardır. Risklere göre yürütülecek hizmetlerin neler olduğunun belirlenmesi ve hizmetlerin yürütülmesi açısından da denetiminin yapılması gerekmektedir. işyeri hemşiresi, iş hijyenisti, iş psikoloğu, iş sağlığı meslek hastalıkları uzmanları gibi, iş sağlığı ve güvenliği alanında eğitilmiş insangücü sıkıntısı yaşanmaktadır.

58. Ulusal Çevre Sağlığı Eylem Planı çalışmalarında yeterli koordinasyon ve etkinlik sağlananamamıştır. Ulusal mevzuatımıza göre; çevre kirleticilerin konsantrasyonlarına yönelik sınır değerler Dünya Sağlık Teşkilatı ve AB tarafından öngörülen rehber değerlerinin çok üzerindedir. Mevcut altyapı, insan sağlığını tehdit eden önemli çevre kirleticilerinin tamamının izlenmesi için yetersiz kalmaktadır. Çevre kirliliğinin sağlık etkilerini belirlemek için yeterli veri tabanı mevcut değildir. Tedavi ve tanısal amaçlarla kullanılan yoğunlaştırılmış radyasyon uygulamalarında nicelik ve nitelik bakımından var olan durum, ortaya çıkan sorunlar konusunda bilgi ve duyarlılık eksikliği vardır. Bu konularda ulusal politikalar, bunların bileşeni olarak veri ve standartlar eksiktir.

59. Gerçek izleme ve değerlendirme için çevresel ve biyolojik izleme çalışmalarının birarada sürdürülmesi gerekmektedir. Ancak ülkemizde çevresel ve biyolojik değerlendirmelerin birbirinden kopukluğu, gereken koruyucu tedbirlerin alınabilmesini engellemektedir. İnsanın kendi doğal çevresinde yaptığı faaliyetler sonucu, çevre kirliliğine bağlı sağlık risklerinin boyutlarını belirlemek amacıyla tasarlanmış olan epidemiyolojik çalışmalar çok yetersizdir.

60. Bundan önceki beş yıllık kalkınma planlarında çevre duyarlılığının, henüz bütün ekonomik ve sosyal kararlara ya da hukuksal-örgütsel düzenlemelere dahil edilmediği saptanmıştır.

61. Gayrısıhhi müesseselerle ilgili denetim ve ruhsatlandırma çalışmalarını düzenleyen mevzuat oldukça yeterlidir. Konuyla ilgili denetim etkindir. Ancak çevre emisyonlarının sürekli izlenmesini sağlayacak teknolojik altyapı ve personel standardı eksiktir.

62. Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri ölümlerin önlenmesinde ve sakatlıkların azalmasında büyük bir öneme sahiptir. Bu durum hizmetin sağlık alanında ayrı bir disiplin olarak ele alınıp sunulmasını gerekli kılmıştır. Bu hizmetin her yerde ve her bireye anında ulaşacak şekilde yapılandırılması tek elde yürütülen merkezi bir organizasyonla mümkündür. Ülkemizde 1997 yılında kurulan Acil Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Kurulu, il düzeyindeki hizmetlerin etkili ve verimli yürütülmesini sağlamaktan sorumludur; ancak, bu alandaki sorunların çözümünden uzak olunduğu bir gerçektir.

63. Ambulans sayısı (özellikle hava, deniz) yetersizdir. Ambulans tipleri ve donanım standartları yasal olarak belirlenmemiş durumdadır. Eğitilmiş personel ve yasal yetki ve sorumlulukları belirlenmemiştir. Gerçekçi bir düzenleme, iş akışı ve kapasite kullanımı ile eldeki olanaklar daha verimli kullanılabilir. Ambulansların nitelikleri ve kurumlar arası dağılımı uygun değildir. Atıl ambulansların sayısı fazladır. Ambulans ve tıbbi malzemelerde standart ve kalite düşüktür.

64. Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde uygun teknoloji kullanımı gerekmektedir. Özellikle bilgisayar kullanımı (komuta merkezi, acil çağrı sistemi, iletişim için) gereklidir. Ülkemizdeki 112 telefon sistemi Telekom tarafından teknolojik olarak uygun kurulmamıştır; hatalı telefon düşmesi sık olmaktadır. Telekomun bu alanda yeni yatırım yapması gereklidir. Telsiz sistemi ve GPS (yön tayini) geliştirilmelidir.

65. Tedavi edici sağlık hizmetleri, birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde verilmektedir. Bu hizmetlerin başarılı, yeterli, etkili ve verimli olabilmesi için birinci basamak hizmetlerin uygun ve yeterli nitelikte verilmesi ve bu yönde desteklenmesi, güçlendirilmesi ve geliştirilmesi gereklidir.

66. Hastanelerin ülke düzeyinde dağılımı dengesiz, toplam sayısı ve yatak kapasiteleri ihtiyacın gerisindedir. Ulaşım ve refakatçıların barınma sorunu olan yerlere kurulmuş olan hastaneler ya tam kapasite ile kullanılamamakta, ya da hastalara maddi külfet oluşturmaktadır. Hasta yatağı kullanım kapasitesi yüzde 55 civarındadır. Hastanelerimizde hasta sirkülasyonu da yavaştır.

67. İleri teknoloji isteyen özel tanı merkezleri kuruluşlarında aşırı bir arz vardır. Bu arz kendi talebini yaratma doğrultusunda sağlık sistemi üzerinde ağır ve bozucu bir baskı yaratmaktadır.

68. Tedavi edici sağlık hizmetlerinde aşırı bir ilaç savurganlığı vardır.

69. İlaç ve zehir danışma merkezlerinin hizmetleri yeterli ölçüde geliştirilip yaygınlaştırılamamıştır.

70. Tedavi edici sağlık hizmetlerinde yer alan eczacıların aldıkları eğitimden, hizmetteki fonksiyonlarından ve kamu kadrolarından kaynaklanan sorunları vardır.

71. Reçete ile satılması gereken ilaçlar halen serbestçe reçetesiz olarak satın alınabilmektedir.

72. Hayati öneme haiz ilaç, serum, aşı ve tıbbi malzemelerin ulusal üretimi açısından herhangi bir teşvik söz konusu değildir.

73. İlaç, mama ve tıbbi ürünlerin promosyonlarında yeterli denetim yoktur.

74. İlaç ruhsatlandırmada Sağlık Bakanlığı ile birlikte Tarım Bakanlığından da onay alınabilmektedir. Bu durum ise etkin denetimi zayıflatmaktadır.

75. Tedavi edici sağlık hizmetlerinde öncelikler, premature, adölesan, geriatri sağlık merkezleri, organ nakli, çocuk ve genç ruh sağlığı, özürlüler sağlığı gibi alanlar için yeterli değildir.

76. Türkiye, dünyada rehabilitasyon hizmetlerinin organizasyonunu henüz tamamlamamış ülkeler arasındadır. Nitelik ve nicelik yetersizlikleri (merkez sayısı, hasta yatak sayısı, yetişmiş eleman ve istihdam) bulunmaktadır. Ülke düzeyinde dağılım dengeli değildir ve kullanım kapasitesinde yetersizlikler mevcuttur.

77. Bir konuda uzmanlaşmış rehabilitasyon merkezleri veya birimleri (kafa travması, spinal yaralanmalar, ortopedik rehabilitasyon merkezleri vb) halen bulunmamaktadır.

78. Tıbbi rehabilitasyon alanında yerli üretim sınırlıdır.

79. Rehabilitasyon alanında teknolojik ve klinik araştırma merkezleri yoktur.

80. Rehabilitasyon hizmetlerinin sunumunda hastaneler ön plandadır. Tıbbi rehabilitasyon hizmetleri dışında mesleki ve sosyal rehabilitasyon hizmetleri yetersizdir. Sosyal-koruyucu rehabilitasyon alanında hizmetler kamu hizmetleri içinde yeterince tanımlı ve organize değildir. Kişilerin ve kurumların yeterince kullanmadığı ilgili mevzuat ve haklar bulunmaktadır. Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü, belediyeler, sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakıfları (mülki ve idari amirliklerin yetki ve sorumluluğunda hizmet veren) bünyesinde sınırlı hizmetler verilmektedir.

81. Mesleki rehabilitasyon hizmetleri Milli Eğitim Bakanlığı, Çalışma Bakanlığı, İş ve İşçi Bulma Kurumu, bazı rehabilitasyon merkezleri ve vakıflarca sayısal olarak az ve yetersiz olarak sunulmaktadır.

82. Rehabilitasyon ekibinin hizmet sunumunda çalışan meslek gruplarının hastaya, sosyal güvenlik kurumlarına, çalıştıkları kuruma, meslek örgütlerine yönelik yetki ve sorumlulukları, birbirleriyle ilişki hiyerarşileri, denetim ve cezai yaptırımlar konularında çeşitli tartışmalar ve talepler vardır. Halen hasta hizmetinin tüm sorumluluğu hekimindir. Çevre mühendisleri ve mimarların rehabilitasyon alanına ilgisi yeterli ölçüde çekilememiştir. Ayrıca rehabilitasyon mühendisliği eğitimi ülkemizde mevcut değildir.

3. GENEL AMAÇ ve İLKELER

I.

1. Her bireyin olanaklı en yüksek standartlardaki sağlık hizmetine ulaşabilmesi temel insan haklarından biridir.

2. Sağlık hakkının hayata geçirilişi, insan onuruna yaraşır biçimde, eşit haklar, eşit ödevler ve paylaşılmış sorumluluklar esasına göre düzenlenmelidir.

II.

1. Toplumsal ve ekonomik kalkınmanın esas amacı insan sağlığı ve iyilik halinin geliştirilmesidir.

2. Stratejilerin oluşturulmasında eşitlik, dayanışma ve toplumsal adalet ile ilgili etik kavram ve yaklaşımlara bağlı kalınmalıdır.

3. Stratejilerin ayrıntılandırılmasında cinsiyet perspektifi dikkate alınmalıdır.

4. Sağlık kalkınmasında, toplumsal ve ekonomik eşitsizliklerin azaltılmasının önemi göz ardı edilmemelidir. Bu nedenle, sağlık hizmetlerinin planlanması ve uygulanmasında, en çok ihtiyaç duyanlara, sağlıklarının kötü olması nedeniyle ağır yükler altında kalanlara, yetersiz sağlık hizmeti alanlara, ve yoksulluktan etkilenenlere öncelik verilmelidir.

5. Sağlığın geliştirilmesi, sağlıklı tutum ve davranışların desteklenebilmesi için, yalnızca hastalıklar üzerinde değil, sağlığın temel belirleyicileri ve öncülleri konularında da çalışılmalıdır.

6. Sağlık alanında yaşanan hızlı gelişmeler, ülkemiz coğrafyasının genişliliği ve bölgesel koşullardaki farklılıklar, 21. yüzyıl sağlık politikalarının, yerel düzeylerde de planlanmasını ve uygulamaların ayrıntılandırılmasını gerekli kılmaktadır.

III.

1. Sağlık hizmeti sunum sistemimiz aşağıdaki ilkeler doğrultusunda geliştirilmelidir:

   - Sağlık hizmetlerine evrensel nitelikte ulaşılabilirlik sağlayan, aile ve toplum yönelimli, altyapı, personel ve hizmet sunum standartları bakımından güçlendirilmiş birinci basamak sağlık hizmetlerinin sistemin merkezinde yer alması;

   - Birinci basamak hizmetlerin, esnek, ihtiyaçlara yanıt veren bir hastane sistemi tarafından desteklenmesi,

   - Hizmet sunum basamakları arasında entegrasyonun sağlanması,

- Çağdaş koşullara uygun ve basamaklar arası geri bildirim sistemi içeren sevk zincirinin hayata geçirilmesi,
- Sağlık hizmetlerinin her aşamada bilimsel kanıtlara dayalı olarak yürütülmesi,
- İyi kalitede ve maddi olarak karşılanabilir bir biçimde sunulması,
- Uygun bir teknoloji ve enformasyon sistemine sahip olması,
- Sağlık hizmetlerinin sürdürülebilir nitelikte finansmana sahip olması,
- Hazırlanacak yeni politikalar içinde Alma Ata Deklerasyonunda tanımlanan temel sağlık hizmetlerinin sağlanması ve geliştirilmesi gereklidir.
- Var olan ve öngörülen sağlık koşullarına, sosyoekonomik durumlara, insanların ve toplumların ihtiyaçlarına, uygun biçimde yönetilen kamu ve özel yatırımlar yoluyla daha iyi yanıt verecek bir çerçevede, sağlık hizmet sunumu sistemlerinin geliştirilmesi yönündeki çalışmalar sürdürülmelidir.

IV.

1. Sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, iyileştirilmesi tek yönlü bir çalışma değildir: sağlık alanındaki tüm kurum ve kuruluşlar; toplumlar, aileler ve bireyler birbirine bağlıdır. Ulusal ve uluslararası olarak, sağlığa yönelik tehditlere karşı birlikte davranılmalı ve evrensel iyilik halinin geliştirilmesine katkıda bulunulmalıdır.

4. ULAŞILMAK İSTENEN AMAÇLAR

4.1. BULAŞICI HASTALIKLAR VE BAĞIŞIKLAMA

1. 2003 yılında ülkenin poliomyelitten arındırılmış ülke ilan edilmesini sağlamak,
2. 2005 sonrası dönemde poliomyelitin eradikasyonu,
3. Akut flask paralizi (AFP) sürveyansında ülke genelinde istenen düzeye ulaşmak,
4. Kızamık vaka ve ölümlerinde yüzde 50 azalma sağlamak,
5. Yerli difteri vakalarını elimine etmek,

6. Tetanozu elimine etmek,

7. 5 yaş altı çocuklarda hepatit B virüs taşıyıcılık prevalansını mevcut duruma göre yüzde 60 azaltmak,

8. Genel bağışıklama prevelansının hedefi olan her antijende en az yüzde 90 aşılama oranına ulaşmak, bu oranların il düzeyinde en az yüzde 80 oranına ulaşmasını sağlamak,

9. Aşı ile korunabilir hastalıkların ve sık görülen bulaşıcı hastalıkların azaltılması için ilgili kurumlarda hizmet-içi eğitim programlarının ve halk eğitim programlarının düzenlenmesi,

10. Aşılama hizmetlerinin ulusal düzeyde sistematik ve yaygın bir biçimde yapılması, gerekli yeni aşıların programa dahil edilmesi, ulusal üretim programlarının başlatılması,

11. CYBH-HIV/AIDS sıklığının azaltılması,

12. CYBH-HIV/AIDS konularına yönelik il düzeyinde aktivite planlarının düzenlenmesi ve faaliyete geçirilmesi,

13. Verem Savaş Dispanserleri ile 1. basamak sağlık hizmetlerinin entegrasyonunun sağlanarak artış göstermekte olan tüberküloz sıklığının azaltılması,

14. Hastalıkların UHK'nun 57. maddesine göre yapılan bildirimlerinin hizmetiçi eğitimlerle artırılmasının sağlanması,

15. Hayvan ve et ithallerinin kontrolü, hayvan hareketlerinin sınırlandırılması, hayvan nakillerinde aşılama ve sağlık sertifikası düzenlenmesi,

16. Özellikle kuduz hastalığı için başıboş köpek popülasyonunun kontrol altına alınması,

17. Hayvan kesimlerinin kesinlikle veteriner hekim kontrolünde yapılması, kesimhanelerin standartlara uygun olması,

18. Diğer ülkelerde gürülen bulaşıcı hastalıkların Türkiye'ye girişinin önlenmesi için sınır kapılarındaki sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi.

4.2. ÜREME SAĞLIĞI

19. Üreme sağlığı hizmetlerinin, adolesanlar, üreme dönemi yaş grupları, ileri yaş dönemi gibi tüm yaşam dönemleri dikkate alınarak temel sağlık hizmetlerine entegre edilmesi,

20. Kadın sağlığı ve aile planlaması stratejilerinin ve eylem planının güncelleştirilerek uygulanması ve uygulamaların kurumsallaştırılması,

21. Bölge ve yerleşim yerlerine göre üreme sağlığı temel göstergelerindeki (doğum öncesi bakım alma, sağlıklı doğum, neonatal ölüm hızı, vb.) farklılıkların yüzde 50 azaltılması,

22. Doğumla ilgili hizmetlerin güvenli annelik yaklaşımı ile verilmesi,

23. Obstetrik (gebelik, doğum, doğum sonrası) komplikasyonların, anne ve neonatal ölümlerinin azaltılması için "Acil Obstetrik Bakım Sistemi" oluşturulması ve sevk sisteminin uygulamaya konulması,

24. Yenidoğan bakım ünitelerinin, doğum yapılan hastanelerde yaygınlaştırılması,

25. Sağlık personeli yardımı almadan gerçekleşen doğum oranının ülke düzeyinde en az yüzde 50 azaltılması,

26. Tüm üreme sağlığı hizmetlerine (aile planlaması dahil) gereksinim duyan tüm yaş gruplarının ve her iki cinsiyetin ulaşabileceği "danışmanlık" hizmetlerinin temel sağlık hizmetleri birimlerinde yaygın olarak verilmesi,

27. Anne ölümleri ve üreme sağlığının diğer göstergeleri ile ilgili kayıtlarının düzenli olarak toplanmasının ve bildiriminin sağlanması,

28. Adolesan gebelik sıklığının azaltılması,

29. Doğum ve düşük sonrası aile planlaması danışmanlığının ve kontraseptif yöntemler konusunda klinik hizmet sunumunun yaygınlaştırılması,

30. Herhangi bir yöntem kullanan çiftlerin oranının yüzde 70' e çıkarılması, yöntem kullananlar arasında modern yöntem kullanma payının yüzde 70' e çıkarılması,

31. Birinci basamak sağlık birimlerinin yüzde 80'inde en az üç tür geri dönüşümlü kontraseptif yöntem uygulanabilmesi için gerekli donanımın sağlanması,

32. Sosyal güvencesi ve ekonomik alım gücü olmayanlara kontraseptif hizmetlerin temel sağlık hizmetleri birimlerinde ve hastanelerde ücretsiz verilmesi,

33. Halk sağlığı labaratuvarlarının tümünün CYBH tanı olanakları ile donatılması,

34. Üreme sağlığı hizmetlerinin uygulanmasını, olumlu ve olumsuz sonuçlarının izlenip değerlendirildiği bir ulusal mekanizmanın kurumsallaştırılması,

35. Üreme sağlığı hizmetlerinin izlenmesi, değerlendirilmesi ve yönlendirilmesi için kayıt ve bildirim sisteminin fonksiyonel hale getirilmesi, gerekli hallerde ihtiyaç duyulan bilgilerin ülke genelinde uygulanacak "bilimsel araştırmalar" ile sağlanması.

4.3. BESLENME

36. 2001-2005 yılı içerisinde "Ulusal Beslenme ve Sağlık Araştırması" yapılması, beslenme ve sağlık bilgi sistemi kurulması,

37. 2005 yılına kadar kronik malnütrisyon, raşitizm, beslenme anemileri, şişmanlık sorununun yüzde 50 oranında azaltılması, iyot yetersizliğine bağlı hastalıkların tümüyle ortadan kaldırılması, beslenmeye bağlı kronik hastalıkların morbiditesinin en az yüzde 10 oranında azaltılması,

38. Temel besin maddeleri olan tahıl ve ürünleri ile süt ve ürünlerinin yetersizliği görülen besin öğeleri (demir, çinko, B_2, B_6, folik asit, D vitamini) ile zenginleştirilmesi,

39. Okul öncesi çocuklar, okul çağı çocuklar ile gebe ve emzikli kadınlarda, yaşlılarda besin öğelerinin yetersizliğinin (demir, folik asit, iyotlu tuzun ulaşamadığı bölgelerde iyotlu tuz) önlenmesinde destek sağlanması,

40. Ulusal bir program olarak uygulanmakta olan iyotlu tuzun üretim-tüketim zincirindeki tüm aşamalarda iyot içeriği yönünden izlenmesi ve denetlenmesi. İzlemeyi yapacak referans laboratuvarların kurulması, yenidoğanda hipotiroidi taramasının ulusal program olarak yaygınlaştırılması,

41. Anne sütü ile beslemenin teşvik edilmesi, bebek dostu hastane sayısının artırılması,

42. Türkiye'deki suların flor içeriğinin saptanması, yetersizliği saptanan yerleşim bölgelerinde çocuklara flor (NaF tablet, jel vb.) uygulaması yapılması,

43. Patojenler, yöresel değişiklikler ve kültürel alışkanlıklara bağlı olarak ortaya çıkabilen gıda kaynaklı hastalıkların dağılım haritaları oluşturulması,

44. Gıda güvenliğinin sağlanmasında etkin bir sistem olan "Tehlike Analizleri Kritik Kontrol Noktaları" (HACCP - Hazard Analysis Critical Control Points) sisteminin öncelikle hayvansal ürünler (et, süt, balık ve diğer su ürünleri) üreten büyük ölçekli üretim yerlerinden başlatılarak, yaygınlaştırılması; bu amaçla, gerekli eğitimin, üretim ve denetim elemanlarınca sağlanması (üniversiteler ve meslek kuruluşları ile işbirliği yapılarak hazırlanacak sertifika programları ile) ve gıda müfettişliği sisteminin kurulması.

4.4. OKUL SAĞLIĞI

45. Okul sağlığı, okul ve sağlık personelinin işbirliği yaptığı ortak bir etkinlik alanı olarak tanıtılmalı, bu konudaki bilgi ve duyarlılık düzeyi merkezi ve yerel düzeylerde yükseltilmelidir.

4.5. BULAŞICI OLMAYAN HASTALIKLAR

46. Bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve erken tanınması yönünde toplum sağlık eğitimi etkinliklerinin yoğunlaştırılması,

47. Her yaş grubu için bulaşıcı olmayan hastalıkların risk faktörlerinin belirlenerek, bunlara dayalı erken tanı programlarının yürütülmesi,

48. 65 yaş altında kalp damar hastalıklarına bağlı ölümlerde azalma sağlanması,

49. 65 yaş altında kansere, özellikle akciğer kanserine bağlı ölümlerde azalma sağlanması,

50. Çocuk ve erişkin diabet hastalarının insülin gereksinimlerinin tam olarak karşılanması,

51. Diyabete bağlı ağır komplikasyon insidansında düşüş sağlanması,

52. Diş çürükleri ve periodontal hastalıkların azaltılması ve 12 yaş çocuklarda çürük, kayıp veya dolgu diş sayısının 2'yi geçmemesi,

53. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin yaygınlaştırılması.

4.6. RUH SAĞLIĞI

54. Birinci basamakta çocuk ve gençlere yönelik ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilebilmesi için pilot çalışmalar yapılması,

55. Ruh sağlığı hizmetlerinin temel sağlık hizmetleri çerçevesinde de ele alınması,

56. Planlama, standart belirleme, izleme-değerlendirme, kurumlar ve sektörler arası eşgüdüm sağlanması, bu amaçla var olan kurulların, üniversite, Sağlık, Milli Eğitim ve Çalışma Bakanlıkları ve ilgili meslek derneklerinden uygun sayıda temsilcilerle güçlendirilmesi,

57. Ruhsal bozuklukların sağaltımı ve uyumlandırılması için birinci basamak sağlık kuruluşlarına yönelik hizmetiçi eğitim ve entegrasyonun sağlanması,

58. Çocuk ve ergen ruh sağlığı uzman hekimlerinin, devlet hastanelerinde ve ana çocuk sağlığı merkezlerinde görev almasının sağlanması.

4.7. ÖZÜRLÜLÜK, KAZALAR VE REHABİLİTASYON

59. Doğum öncesi veya doğum sırasında meydana gelen özürlülüğün önlenmesi amacıyla toplumun bilinçlendirilmesi ve duyarlılığın artırılması için gerekli faaliyetlerin gerçekleştirilmesi,

60. Yaşlı, düşkün ve özürlüye yönelik toplum katılımlı rehabilitasyon hizmetlerinin geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması, bakım merkezlerinin planlanması,

61. Ev kazaları, meslek hastalıkları, iş kazaları ve diğer tüm kazalar sonucunda meydana gelen özürlülüğün azaltılması,

62. Birinci basamakta 65 yaş üzeri nüfusun uygun bir sağlık ekibi tarafından ev ziyaretleriyle izlenmesi,

63. Sağlık Bakanlığı bünyesinde, DPT, Özürlüler İdaresi Başkanlığı, YÖK ve TTB ile işbirliği yaparak ülkenin rehabilitasyon politikalarının planlanması, organizasyonu, uygulanması, geliştirilmesi, izlenmesi ve denetlenmesinden sorumlu ve yetkili olmak üzere "Rehabilitasyon Bilimsel Danışma Kurulu" kurulması,

64. Özel sektörce işletilen rehabilitasyon ve eğitim merkezlerinin açılış ve işleyiş süreçleri için bilimsel standardizasyonunun ve tıbbi denetiminin sağlanması.

4.8. SAĞLIK EĞİTİMİ, SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ VE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMLERİ

65. Eğitim sağlık ocaklarının kurulması, yaygınlaştırılması ve uygun donanıma kavuşturulması,

66. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında sağlık eğitimi konusunda nitelikli personelin görevlendirilmesi,

67. Sigara, alkol kullanımı, madde bağımlılığının azaltılması,

68. "Sağlıklı yaşam için herkese spor" ve "boş zamanların etkin değerlendirilmesi" anlayışının toplumun tüm kesiminde yaygınlaştırılması,

69. Sağlıklı cinsel yaşam konusunda toplumsal düzeyde bilgi, eğitim ve iletişim çalışmalarının yapılması.

4.9. ÇEVRE SAĞLIĞI

70. Ulusal Çevre Sağlığı Eylem Planı çalışmalarının geliştirilmesi,

71. Ulusal ve yerel düzeyde çevre sağlığı göstergelerinin belirlenmesi ve çevre sağlığı istatistiklerinin oluşturulması, çevre sağlığı araştırmalarının desteklenmesi,

72. İnsan ve çevre sağlığı açısından önem taşıyan kirlilik boyutlarını belirlemek amacıyla ölçüt ve değişkenlerin izlenmesi ve sonuçların değerlendirilmesi,

73. İzleme sonuçlarının doğru, kesin ve tekrarlanabilir olmasını temin etmek üzere, kalite kontrol ve kalite güvenilirliği sisteminin kurulması,

74. Dış ortam ve kapalı ortama ait hava kalitesi, gürültü seviyesi, sağlıklı su temini, katı ve sıvı atıklar, insan ve hayvan atıkları, toksik ve tehlikeli maddeler, radyasyon gibi çevre sağlığını etkileyebilecek faktörlerin sürekli izlenmesi,

75. Dünya Sağlık Teşkilatı'nın Sağlıklı Şehirler Projesi verilerinden yararlanılarak, "Ulusal Çevre Sağlığı Eylem Planı"nın oluşturulması,

76. Ulusal hava kalitesi standartlarının, Dünya Sağlık Teşkilatı'nın rehber değerleri ve AB sınır değerleri düzeyine getirilmesi için yeniden düzenlenmesi,

77. Toksik hava kirleticileri gibi insan sağlığına zararlı olan bazı kirletici emisyonlarına ait özel sınır değerler getirilmesi,

78. Hava kirliliğinin sebepleri, etkileri, kapsamı, korunması ve kontroluna yönelik programlar oluşturulması, kirleticilerin, insan sağlığına kısa ve uzun dönem etkilerinin araştırılması,

79. Stratosferdeki değişimlerin, özellikle ozon tabakasındaki tahribatın, halk sağlığına doğrudan veya dolaylı olabilecek etkilerin araştırılması,

80. Hava kirleticilerinin insan sağlığı üzerinde davranışla ilgili, psikolojik, toksikolojik ve biyokimyasal yönden olumsuz etkilerine yönelik bilgilerin arttırılması,

81. Yer altı ve yüzey sularının ve su kaynaklarının korunması amacıyla özellikle kanalizasyon ve atıksu arıtımına yönelik yatırımların artırılması ve evsel, endüstriyel ve tarımsal atık suların yönetimi ile ilgili politikaların oluşturulması,

82. Kentsel ve kırsal alanlarda, çöplerden kaynaklanan çevre kirliliğinin önüne geçmek üzere; yakma, kompostlama veya geri dönüşümle, atıkların en az seviyeye indirilmesi için teknolojilerin geliştirilmesi,

83. Yoğunlaştırılmış radyasyon uygulamaları konularında izleme değerlendirme, denetim ve kalite ölçüt ve standartlarının geliştirilmesi; bu alanda kullanılmış ve ömrünü tamamlamış makinelerin ülkemize sokulmasının önlenmesi.

4.10. İŞ SAĞLIĞI

84. 50'den az işçi çalıştıran işyerlerinde sağlık birimi kurma veya bir ortak işyeri sağlık birimine katılmanın zorunlu hale getirilmesi,

85. İş Sağlığı ve Güvenliği Merkezi'nin insangücünün artırılması, binalarının uygun hale getirilmesi, cihaz ve malzeme donanımı yönünden güçlendirilmesi,

86. İş Sağlığı ve Güvenliği Merkezi'nin de içinde olacağı bilgi üretecek, standart geliştirecek, gereksinimleri saptayacak, çözüm önerecek, müdahale edecek "İş ve Çevre Sağlığı Enstitüsü" kurulması.

4.11. İLK YARDIM VE ACİL BAKIM

87 Özellikle hava ve deniz olmak üzere ambulans sayısının artırılması,

88 Acil hizmetlerde komuta merkezi, acil çağrı sistemi, telekominikasyon için bilgisayar sistemine geçilmesi, telsiz sistemi ve GPS'nin (yön tayini) geliştirilmesi, 112 telefon sisteminin etkin kullanımı için Türk Telekomun teknolojik yatırım yapması,

89 Hastane öncesi acil hizmetleri vermek üzere kalifiye eleman yetiştirilmesine öncelik ve önem verilmesi, yetiştirilenlerin uygun istihdamının sağlanması.

4.12. AKILCI İLAÇ KULLANIMI

90. İlaç savurganlığının önüne geçilmesi, akılcı ilaç kullanımı programının başlatılması ve yaygınlaştırılması.

4.13. KANITA DAYALI TIP VE TEDAVİ PROTOKOLLERİ

91. Birinci basamakta koruyucu ve tedavi edici hizmetler için bilimsel kanıtlara dayalı rehberlerin geliştirilebilmesi ve belirli sürelerle yeniden gözden geçirilebilmesi için, ulusal nitelikte ve özellikle üniversiteler, Türk Tabipleri Birliği, uzmanlık dernekleri ve alandan gelen temsilcilerin birlikte çalışabileceği, Sağlık Bakanlığı çatısı altında, geniş tabanlı ve özerk nitelikte, “Birinci Basamakta Klinik Protokoller Bilimsel Danışma Kurulu”nun kurulması,

92. Bilimsel kanıtlara dayalı ulusal nitelikte hazırlanan erken tanı izlem protokollerinin, birinci basamak sağlık kuruluşlarında, her yaş grubu için ve risk değerlendirilmesi esasına göre yaygın olarak yapılabilmesinin sağlanması.

4.14. HİZMET SUNUM SİSTEMİ

93. Sağlık hizmetlerinin bilimsel ve profesyonel yönetime kavuşturulması, çok başlılıktan kurtarılması; hastanede kullanılan malzeme ve ilaçlar için uygun bir yönetim sisteminin geliştirilmesi ve uygulanması; sağlık hizmetlerinde çalışmanın tam gün esasına göre yeniden düzenlenmesi,

94. Yatak başına düşmesi gereken nüfus sayısı, hastane açılırken dikkate alınması gereken kriterler gibi ölçütlerin saptanması; sağlık hizmetleri için izleme-değerlendirme ve denetim mekanizmalarının, bilimsel ve gerçekçi ölçütlere dayandırılarak kurulması; personel ve altyapı olanaklarına, kullanılan sarf malzemelerine denetim ve standardizasyon getirilmesi gibi konularda ulusal düzeyde kriter, standart ve tanım getirmek üzere, multidisipliner bir bilimsel bir danışma kurulunun oluşturulması,

95. Halen açılmış olan ve herhangi bir nedenle etkin olarak hizmet veremeyen il ya da ilçe hastanelerinin, bölgelerinde en etkin biçimde ve ihtiyaçlara yanıt vermek üzere, eğitim ve hizmet amacıyla kullanılabilmesi için uygun düzenlemelerin yapılması,

96. Birinci basamakta aile hekimlerinin görevlendirilmeleri, varolan pratisyen hekimlerin de aile hekimliği eğitimlerini tamamlayabileceği gerçekçi bir geçiş dönemi eğitim programının uygulamaya sokulmasıyla, birinci basamakta görevlendirilen hekimlerin eğitim ve hizmet sunum niteliklerinin geliştirilmesi,

97. Aile hekimlerinin sağlık ocakları başta olmak üzere birinci basamak sağlık kuruluşlarında görevlendirilebilmeleri için, standart kadro ile ilgili yasal düzenlemelerde gerekli değişikliklerin yapılması; sağlık çalışanlarının yeterliliklerinin değerlendirilmesinde nesnel ölçütlerin kullanılacağı bir sistemin uygulamaya sokulması; iş yükü analizlerinin yapılarak standart kadroların güncelleştirilmesi,

98. İkinci ve üçüncü basamak tedavi hizmetlerinde başlatılmak üzere, sağlık hizmet sunumunda randevu uygulamasına geçilmesi, sağlık hizmetlerinde hasta sevk zinciri kurulması ve basamaklar arasında bilgi dönüşümünün sağlanması,

99. Sağlık hizmetlerinde yer alan farklı disiplin ve mesleklerden gelen sağlık personellerinin görev tanımının yapılması, yetki ve sorumlulukların saptanması,

100. Kendi kendine bakım ve evde bakım gibi kavramların topluma ve sağlık meslek gruplarına tanıtılması,

101. Sağlık hizmetlerinden yararlananların memnuniyetlerinin ve hasta haklarının sağlık hizmetlerinin sunumunda merkezi bir role sahip olmasının sağlanması,

102. Özel Sağlık Kuruluşları Yasasının güncelleştirilmesi; ileri teknolojili tanı merkezleri ve özel tedavi kuruluşlarının kurulmasının, ulusal nitelikteki kısıtlı kaynakların adaletli kullanılması ilkesi doğrultusunda, belirli ölçüt ve standartlara bağlanması, sağlık sektörü için uygun olmayan ticari tutum ve motivasyonların tanımlanması ve önlenmesi,

5. PLANLANAN YATIRIMLAR

1. Ülkenin gereksinim duyduğu aşıların Türkiye'de üretilmesi ve devamlı bulundurulması için gerekli tesis ve altyapının oluşturulması için yatırım yapılması,

2. Sosyal güvencesi ve ekonomik alım gücü olmayanlara kontraseptif hizmetlerin temel sağlık hizmetleri birimlerinde ve hastanelerde ücretsiz verilmesi,

3. Halk sağlığı laboratuarlarının tümünün CYBH tanı olanakları ile donatılması,

4. Yaşlı, düşkün ve özürlüye yönelik bakım merkezlerinin planlanması,

5. Eğitim sağlık ocaklarının kurulması, yaygınlaştırılması ve uygun donanıma kavuşturulması,

6. Aile hekimlerinin de görev yapacağı sağlık ocaklarının, birinci basamak tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmeti verecek biçimde yeniden yapılandırılması ve gerekli bina ve ekipman konusunda yatırım yapılması; eğitim ve hizmet

bakımından birinci basamakla ilişkilendirilecek hastanelerin belirlenmesi ve bu amaçlar doğrultusunda hizmet verecek biçimde yeniden organizasyonu,

7. Çevre sağlığı izleme sonuçlarının doğru, kesin ve tekrarlanabilir olmasını temin etmek üzere, kalite kontrol ve kalite güvenilirliği sisteminin kurulması, kentsel ve kırsal alanlarda, çöplerden kaynaklanan çevre kirliliğini önlemek üzere yakma, kompostlama ve/veya geri dönüşümle, atıkların en az seviyeye indirilmesine ilişkin teknolojilerin geliştirilmesi,

8. İş Sağlığı ve Güvenliği Merkezi'nin (İSGÜM'ün) insangücünün artırılması, binalarının uygun hale getirilmesi, cihaz ve malzeme donanımın güçlendirilmesi,

9. Özellikle hava ve deniz olmak üzere ambulans sayısının artırılması; acil hizmetlerde komuta merkezi, acil çağrı sistemi, telekominikasyon için bilgisayar sistemine geçilmesi, telsiz sistemi ve GPS'nin (yön tayini) geliştirilmesi,

10. 112 telefon sisteminin etkin kullanımı için Türk Telekomun teknolojik yatırım yapması.

6. GEREKLİ YASAL VE KURUMSAL DÜZENLEMELER

1. Ülkemizde sağlık hizmetleri sunumunun yasal çerçevesini belirleyen Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Özel Sağlık Kuruluşları Yasası, 224 Sayılı Yasa gibi sağlıkla ilgili temel yasaların Alma Ata Bildirgesi, Avrupa Birliği müktesebatı ve 2000'li yılların çağdaş anlayışı çerçevesinde çok sektörlü bir çalışma ile tekrar incelenmesi, birinci basamak sağlık hizmetleri ve aile hekimliği konusundaki yasanın bu doğrultuda ele alınarak çıkarılması,

2. Gençlik ve Spor Genel Müdürlüğünün -en az spor kadar- gençlere yönelik faaliyetleri düzenleyen yasaları uygulanır duruma getirmesi,

3. Adölesan gebeliğin önlenmesi için evlenme yaşının yükseltilmesine ilişkin mevzuatın çıkarılması,

4. MEB' in okul sağlığı ile ilgili yasal düzenlemeler yapması (okula hekim- hemşire kadrosunun verilmesi, tam gün eğitime geçilmesi, beslenme programlarının ilgili bakanlık tarafından sağlanması),

5. Planlama, koordinasyon, uygulama, denetleme ve izleme işlevlerini yerine getirecek "Ulusal Besin ve Beslenme Örgütü"nün kurulması,

6. Besin zenginleştirmeye yönelik yasal düzenlemelerin yapılması,

7. 9 Temmuz 1998 tarih ve 23397 Sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Türk Gıda Kodeksi Yemeklik Tuz Tebliğinde (98/11) yayınlanan "Tüm Yemeklik Tuzların İyotla Zenginleştirilmesi Tebliği"nin uygulanmasına işlerlik kazandırılması, denetim ve kontrollerinin yapılması,

8. İthal edilen canlı hayvan, et ve et ürünleri ile ilgili yasaların günün şartlarına göre düzenlenmesi ve zoonoz hastalıkların bulaşmasına engel olunması için gerekli önlemlerin alınması,

9. Çeşitli bakanlık, kurum ve kuruluşlara dağılması sebebiyle sistemsiz ve etkin olmayan çevre sağlığı ve gıda güvenliğine yönelik izleme ve denetim hizmetlerinin, hizmet sunumunda kaliteyi sağlayacak şekilde tek elde birleştirilmesi amacıyla Başbakanlığa bağlı Çevre Sağlığı ve Gıda Güvenliği Başkanlığının kurulması,

10. Pet hayvanlarının ülkemize girişi ile ilgili gerekli yasal düzenlemeler yapılması,

11. “Birinci Basamakta Klinik Protokoller Bilimsel Danışma Kurulu”nun kurulması; (tanımı Hedefler bölümünde),

12. “Rehabilitasyon Bilimsel Danışma Kurulu” kurulması; (tanımı Hedefler bölümünde),

13. "İş ve Çevre Sağlığı Enstitüsü" kurulması; (tanımı Hedefler bölümünde),

14. Birinci basamak ruh sağlığı hizmetlerinin planlanmasını, uygulanmasını ve sürdürülmesini takip etmek amacıyla il bazında kamu kurumları, yerel yönetim ve üniversitelerin işbirliği ile yürütülecek, üniversitelerin bünyesinde ruh sağlığı merkezlerinin kurulması,

15. Doğum öncesi veya doğum esnasında meydana gelen özürlülüğün önlenmesinde koruyucu önlemler ve özellikle prenatal tanı konularında ailelerin

bilgilendirilmesi, yönlendirilmesi ve tıbbi bakımdan eşitliğin sağlanabilmesi için yasalara yeni hükümler eklenmesi,

16. Özürlülükle ilgili araştırma, eğitim gibi görevleri, yerel yönetimler bünyesinde, ilgili diğer kurum ve kuruluşlarla işbirliği içinde görev yapmak üzere "özürlü danışma merkezleri"nin kurulması,

17. Genetik hastalıklardan korunmak amacıyla sağlık personeli ve halkın eğitimi için "genetik danışma merkezleri"nin kurulması,

18. Kazalar nedeniyle meydana gelen özürlülüğün önlenmesi için sürücülere psikoteknik değerlendirme zorunluluğu getirilmesi,

19. Ambulansların donanım standartlarının yasal olarak belirlenmesi ve kadrolarının verilmesi,

20. Paramedik ve diğer eğitilmiş personelin yasal yetki ve sorumluluklarının belirlenmesi,

21. Acil hizmetlerin düzenlenişi, kapasite kullanımı ve iş akışı ile ilgili standartların belirlenmesi,

22. 112 numaralı telefonun ülke çapında acil sağlık hizmetlerinin ortak numarası olacak şekilde yasal olarak belirlenmesi,

23. 112 ve acil servislerin de sigorta sistemine bağlanması,

24. Sağlık Bakanlığı Kuruluş Yasasının dönem içinde hazırlanıp yasalaşması,

25. Yataklı Tedavi Kurumları Yönetimi Yasa Tasarısının hazırlanarak, dönem içinde yasalaşması,

26. Standart Kadro Yönetmeliğinin güncelleştirilerek yürürlüğe girmesi,

27. Tam Süre Çalışma ve Tazminat Yasa Tasarısının hazırlanıp yasalaşması,

28. Tababet Uzmanlık Tüzüğünün güncelleştirilerek yeniden hazırlanması,

29. Yüksek Teknolojili Tanı Merkezlerinin Açılması Şartlarına Dair Yönetmeliğin çıkarılması,

30. Yüksek Sağlık Şurasında her sağlık meslek grubunun temsilcisi olması için gerekli düzenlemeler yapılması,

31. Yatak başına düşmesi gereken nüfus sayısı, hastane açılırken dikkate alınması gereken kriterler gibi ölçütlerin saptanması, sağlık hizmetleri için izleme-değerlendirme ve denetim mekanizmalarının, bilimsel ve gerçekçi ölçütlere dayandırılarak kurulması, personel ve altyapı olanaklarına, kullanılan sarf malzemelerine denetim ve standart getirilmesi gibi konularda ulusal düzeyde kriter, standart ve tanım getirmek üzere multidisipliner bilimsel danışma kurulunun oluşturulması.

BÖLÜM - IV

SAĞLIK ALTYAPISI

ALT KOMİSYONU RAPORU

1. GİRİŞ

Cumhuriyetin kuruluşundan günümüze kadar ülkemizde sağlık hizmetleri örgütlenmesi değişimlere uğramıştır. Çoğu zaman altyapı hizmetleri ihmal edilerek, tedavi edici hizmetlere ağırlık veren bir örgütlenme modeli sürdürülmüştür. Hatta, sağlık sistemimizde kısa vadeli, günlük ve populist politikalar halen aynı şekilde uygulanmaktadır. Oysa altyapı tesis edilmeden sunulan diğer hizmetlerin başarıya ulaşması mümkün değildir.

Altyapı eksiklikleri, bölgeler arası farklılıkları daha da belirginleştirmektedir.

Geçmiş planlarda yer alan hedefler oldukça yararlı ve kullanılabilir olmasına karşın, altyapı eksiklikleri plan hedeflerine ulaşmayı engellemiştir.

Bu nedenle 8. BYKP' de yapılacak ilk iş mevcut durumun analizidir. Bu analizde :

- sağlıkta insangücü,
- fiziki altyapı (bina, donanım, donatım vb) tespiti,
- eğitim

yer almalıdır. Bu çerçevede hazırlanan mevcut durumun analizinden sonra ortaya konulacak öncelikli hedefler, bu hedeflere ulaştıracak kısa-orta-uzun vadeli stratejiler belirlenmelidir.

Belirlenen stratejilerle ilgili uygulamalarda;

1- Ulusal Sağlık Politikasına göre, hizmet biriminin gerektirdiği binaların inşası, mevcutların iyileştirilmesi,

2- Çağın ve ülkemizin gereklerine uygun yeterli sayı ve kalitede sağlık insangücünün yetiştirilmesi, mevcut insangücünün verimini artırmaya yönelik eğitim sisteminin geliştirilmesi,

3- AR-GE hizmetlerine yönelik çalışmaların desteklenmesi ve geliştirilmesi,

4- Sağlık hizmetlerinin hızlı ve doğru biçimde sunulabilmesi için Sağlık Enformasyon Sisteminin kurulması,

5- Sağlıkta yeni insangücüne yönelik önerilen meslek gruplarının görev, yetki ve sorumluluklarının yasal düzenlemelerle belirlenmesi, istihdam sorunlarının çözümlenmesi,

6- Acil Tıp Hizmetlerinin planlanması,

7- Sağlık hizmetlerinde afet yönetimi ve eğitiminin başlatılması,

8- İlaç AR-GE ve üretim çalışmalarına hız kazandırılması,

9- Akılcı ilaç tüketimi için gerekli önlemlerin alınması,

10- Kan, doku ve organ nakilleri ile ilgili bölgesel merkezlerin yaygınlaştırılması,

11- Toplu beslenme hizmetlerinin iyileştirilmesi ve yaygınlaştırılması,

12- Toplum beslenmesinin iyileştirilmesine yönelik çalışmaların yapılması,

13- İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Merkezlerinin (İSGÜM) geliştirilmesi ve ilgili kurum ve kuruluşlarda koordinasyonun sağlanması,

14- Toplumun değişen ihtiyaçları doğrultusunda yeni hizmet birimlerinin(geriatri, adölesan, fizik tedavi, engelli vb. bireylere yönelik merkezlerin) oluşturulması ve var olanların geliştirilmesi,

15- Sağlık kuruluşlarının reorganizasyonu ile çok başlılıktan arındırılarak, sağlıkla ilgili sorumlu tek kurum Sağlık Bakanlığı olacak şekilde yapılanmaya gidilmesi,

16- Ulusal Sağlık Politikasının belirlenmesi, sağlık hizmetlerinin çevreden merkeze mi yoksa, merkezden çevreye doğru mu olacağı kararının verilmesi, önerilmektedir.

2. AR-GE HİZMETLERİ

2.1. GİRİŞ

Bilgi açısından başkalarına bağlı kalmamak için kurum veya kişilerin kendi bilgilerini kendilerinin üretmesine AR-GE denilmektedir. Amaç, üretilen bilgilerin buluşlara dönüşmesi ve buluşlarında uygulamaya sokulabilmesidir. Çünkü uygarlığın temeli araştırma, geliştirme

ve uygulamadır. Bilime yatırım ile kalkınmanın birbirini destekleyerek geliştiği kabul edildiğine göre :

- Temel yapısal değişim projelerinin oluşturulması,
- Varolan güncel teorik bilgilerin uygulama alanı bulması,
- Çağdaş AR-GE etkinlikleri için gerekli altyapının hazırlanması,
- Yüksek teknolojiye yönelik bilimsel AR-GE' nin teşvik edilmesi
- Bilgiyi yaratıcı biçimde kullanabilen insangücünün yetiştirilmesi kalkınmanın temel unsurları olmaktadır.

Yeni bin yılın belirleyicisi olan bilim ve teknolojiden tam olarak yararlanabilmek için, kurumsal yapıda ve her seviyedeki organizasyon yapılarında önemli değişikliklerin yapılması gerekmektedir. Böylece geçen dönemde gerçekleştirilemeyen ekonomik sistemlerle jenerik teknolojileri bütünleştirme faaliyetleri de kolaylaştırılmış olacaktır.

2.2. MEVCUT DURUM-SORUNLAR

Bilim ve teknoloji politikaları, ülkelerin vazgeçilmez politikaları olup, tüm sektörlerde toplumun bilim toplumu haline gelmesine, sanayileşmede ve hizmet üretiminde kilit girdi haline dönüşmesine sebep olmaktadır. Bu nedenle AR-GE harcamaları sanayi sektöründe yoğunlaştırılmış, ileri teknoloji alanı olarak birçok sanayi üretimi sağlıkta kullanılmaya başlanmıştır. AB ülkelerinde en önemli AR-GE kaynakları sağlık -yaşam kalitesinin yükseltilmesinde kullanılmaktadır. Türkiye'nin bilim ve teknoloji göstergeleri itibariyle durumu yetersizdir. Altıncı ve Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planlarına bu konuda konulan hedefler, ülkenin bu sektöre ayırdığı kaynağın yetersizliği ve konunun öneminin tam manasıyla anlaşılamamasından dolayı sanayide, sağlıkta ve eğitimde rekabet gücü elde edilememektedir.

AR-GE projeleri ya yeterince finansman ve zaman yönünden desteklenmemekte ya da desteklenen projelerden yeterince yararlanılmamaktadır. Tahakkuk eden ödemeler TÜBİTAK ile Hazine Müsteşarlığı arasında yetki kargaşası yüzünden zamanında ödenememektedir. Bu konudaki bürokrasi ve gerekliliği tartışılabilir yüzlerce bilgi ve doküman hazırlığı istenmesi,

özellikle KOBİ'leri isyan noktasına getirmiştir. Bu dönemde sanayide kapasite kullanım oranları düşmüş ve stoklar eritilmeye başlanmıştır.

2.3. ÖNERİLER

Ülkemizde "Risk Sermayesi Mevzuatı" geliştirilerek ileri teknoloji alanlarında yapılacak olan araştırmaların desteklenmesi ve bunlardan üretime intikali uygun görülenlerin riskinin paylaşılması konusunda desteklemeler tam olarak anlaşılamamıştır. Bu kapsamda ileri teknoloji yatırımlarının ve tıbbi alanlarda üniversite-sanayi işbirliği çerçevesinde geliştirilen projelerin yatırım dönemi itibariyle desteklenmesi için yeni bir risk sermayesi kavramının oluşturulması önemli görülmektedir.

1-Üniversitelerimizin modern çağın teknolojik gelişmeleri ışığında eğitim ve öğretim faaliyetlerinde bulunmaları yanında insan hak ve özgürlüklerinin geliştirilmesi konusunda öncülük etmeleri,

2-Üniversitelerin mali, idari ve bilimsel yönden özerk hale getirilmeleri,

3-AR-GE faaliyetlerinde bulunan kamu kurum ve kuruluşları ile üniversitelerimizin bilim ve teknoloji altyapılarının ileri teknolojilerle modernize edilmesi,

4-Üniversitelerimizin sanayi kuruluşları ile müştereken çalışmaları konusunda her türlü tedbirlerin alınması, bölge kalkınmasında ve illerin yatırım ihtiyaçlarının karşılanmasında üniversitelerimizden yararlanılması,

5-Kamu araştırma kurumlarının ve bakanlıklara bağlı araştırma birimlerinin amaçları doğrultusunda çalışmaları için yasal düzenlemelere gidilmesi,

6-Böylece Türkiye'nin bilim ve teknolojide atılım yapması ve bilgi toplumu niteliklerini yakalayıcı doğrultuda gelişmesi için üstün bir gayret sarf edilmesi önemli politikalar olarak görülmektedir.

3. DOKÜMAN YÖNETİMİ VE BİLGİ TEKNOLOJİLERİ

3.1. GİRİŞ

Üretilen bilgi miktarı ve bu bilgiye duyulan gereksinimin artışı, gerekli bilgilere daha sağlıklı ve doğru biçimde en kısa sürede ulaşılmasını zorunlu kılmaktadır. Bilginin sonsuzluğu nedeniyle sürekli yenilenmesi gerekir. Bilgilerin güncellenmesi, belli aralıklarla gözden geçirilmesini ve yeni eklentiler yapılmasını yani doküman yönetimi önem kazanmaktadır. Elektronik Doküman Yönetimi çeşitli kaynaklardan oluşturulan bilgilerin saklanması ve arşivlenmesiyle beraber, bu bilgilerin alınması, doküman seviyesinde güvenliğin sağlanabilmesi ve revizyonların kontrol edilebilmesi olarak tanımlanabilir. Bunun da iş akış sistemleri ile birlikte düşünülmesi gerekir.

Teknolojik gelişmelerin odağında internet denilen bilgisayar ağları bulunmaktadır. Bilişim, aslında bilgi ve iletişimin bileşiminden oluşmuş bir sözcük değildir, bilgisayarlar arası iletişim kurulması olayını tanımlar. Bilgisayar ağları ile bilginin paylaşılmasında internetin sağladığı yararlar asla yadsınamaz.

Enformasyon altyapılarının oluşturulması ve bilgi toplumu yapılanmasının sağlanması, bilgi çağı toplumları arasında yerini almayı hedefleyen Türkiye için kaçınılmazdır.

Yeni kurumsal yapılanmada enformatik teknolojilerin kullanılabilir hale gelmesi ve diğer kamu kuruluşlarıyla bilgi teknolojisi kullanımında eşgüdümün sağlanması ile sağlık sektöründe hizmet verenlerin işlevsel bir ulusal enformasyon ağına bağlanması, çalışanların deneyimlerini paylaşabilecekleri ortamların yaratılarak bu kişilerin etkin kullanıcılar haline getirilmesi, kaynakların etkin bir şekilde kullanılması, veri tabanlarının oluşturulması, tele-tıp ve tele-uzmanlık gibi uygulamaların başlatılması çok yararlı sonuçlar doğuracaktır.

Oluştuğu zaman dilimi içinde yaşanılan olaylar hakkında bize bilgi veren her türlü malzemeye (hasta kaydı, bilgisayar diski, BT, MR, cihaz, yayın, vb.) tıbbi doküman denilmektedir.

3.2. MEVCUT DURUM - SORUNLAR

Günümüzde hastanelerimizin pek çoğunda hasta dosyası anlamında kullanılan bu terim, aslında yukarıda sıralanan anlamları da içine alan bir bilimsel disipline kavuşturulmalıdır.

Üniversite hastanelerinde telli veya askılı sistemlerle tutulan hasta dosyaları pek çok devlet hastanelerimizde aynı ad altında ancak zarf kullanılmak suretiyle uygulanmakta ve hatta bu zarfların içerisine röntgen filmleri dahi konulmaktadır.

Tamamıyla tıbbi kayıtlardan oluşan hasta dosyalarının düzenlenme amacı genel olarak adli konulara karşı bir savunma aracı olması özelliği maalesef ön planda tutularak gerçekleştirilmektedir. Bilimsellik, bilime hizmet genelde gözardı edilmektedir.

Hasta dosyasında yer alan sekonder ve geçici evrak (hemşire gözlem kağıdı, röntgen ve laboratuar istek kağıtları mayi kontrol kağıtları) başka bir ortama kaydedilip imha edilerek arşivden yer kazanılmış olsa bile ,bu zamanla birinci öncelikli evrakın çoğalmasına mani değildir.

Dosyada yer alan epikrizlerin incelenmesi düşünüldüğünde; on sekiz epikrizli dosyalara rastlanmıştır, her birisinin incelenmesi en az bir dakika sürse toplam 18-20 dakika eder ki muayene sırasındaki hastaların, muayene edecek doktorların ve araştırmacıların buna tahammülü yoktur.

Amacı ne olursa olsun tutulan bu kayıtlar belirli standartlara sahip değilse veya bu standartlar ölçüsünde toplanmamış, saklanmamış, korunmamış ve tasnif edilmemiş yani arşivlenmemiş ise, ulaşılamıyor ya da geri alınamıyorsa yukarıdaki tüm çalışma zincirinin hiçbir önemi kalmayacaktır.

Oysa, standartlara uygun olarak tüm fonksiyonları ile çalışan bir Tıbbi Dokümantasyon Merkezi hem hastanın mağdur olmasını önleyecek hem de araştırmacılara istediği bilgiye istediği anda erişebilme imkanını sağlayacaktır. Ancak, hasta sağlık hizmeti aldıkça kabarıklaşan hasta dosyalarının incelenmesiyle, hasta hakkında geniş bilgiye erişilmesi fiilen mümkün olamamaktadır.

3.3. ÖNERİLER

1- Hasta dosyalarında yer alan tüm epikrizlerin özetlerinin de bulunduğu, hastanın sosyal ve tıbbi bilgilerini de içeren bir veya iki sayfayı geçmeyecek bilgisayar ekranında kolayca görülebilecek Hasta Dosya Özeti çıkarılmalıdır. Ayrıca bu sistem ile çeşitli sorgulamalar yapılmak suretiyle yerli ve yabancı araştırmacıların hizmetine bilgi sunulabilir. Hasta dosyası kontrollü olarak – hasta hakları saklı tutulmak şartıyla – hastanın dosyasının bulunduğu hastaneden yurtiçi veya yurtdışı herhangi bir tıbbi kuruluşa transfer edilebilir.

2- Hastanelerimizin teşkilat yapıları tıbbi arşivlerin tam kapasiteli hizmet sunumları için yeterli olamamaktadır. Tıbbi arşivler büyüyen bir yapıya sahiptir, sürekli olarak raf, oda, salon, bina ve arazi istemektedir. Sadece küçük çaplı hastaneler değil, maksimum kapasite ile çalışan üniversite hastaneleri bile bu ilerleyişe cevap verebilecek kapasitede değildir. Profesyonel arşiv politikaları ile çalışan, işlevi yalnızca bu olan hastanelerde üretilen tıbbi dokümanlarının bir uzmanlık disiplini içerisinde arşivlenmesini sağlayacak il sağlık müdürlüklerinde taşra arşivi ile Başbakanlık veya Sağlık Bakanlığı bünyesinde merkezi bir Milli Tıp Arşivi kurulmasına ihtiyaç vardır.

3- Kişilere verilecek il kodu, posta kodu, nüfus kütük numarası ve ailedeki kaçıncı birey olduğunu gösteren bir sayı grubundan oluşan numara bloğu o kişinin kayıt numarası olarak Türkiye'nin her yerinde kullanılabilmelidir. Bu numara sağlık için de geçerli olmalıdır.

4-Yöresel ve kalıtsal hastalıkların tespitinde, otomatik kayıt yöntemiyle o kişi hangi ilde geçici olarak bulunursa bulunsun haberdar edilebileceği özellikle şuuru yitik hastalarda, alışkanlıklarının, alerjilerinin, kronik hastalıklarının, aşılarının, kan grubunun uygulanacak tedaviye cevap verme veya geciktirme sorunlarını ortadan kaldıracak olan bu sistemde İris Kontrolünün sağlanması ile dosya tanıtım kartı saklama sıkıntısı da son bulabilir.

4. İNSANGÜCÜ VE SAĞLIKTA YENİ MESLEK GRUPLARI :

4.1. HEMŞİRELİK ALANINDA İNSANGÜCÜ

4.1.1. Giriş

Yüzyılımızda DSÖ temel hedefini "HERKES İÇİN SAĞLIK" olarak belirlemiştir. Bu hedefe ulaşmak için tüm dünya ülkeleri toplumda yaşayan bireylerin,

- Yaşamı boyunca sağlığını geliştirme ve koruma,
- Hastalıklardan ve yaralanmalardan oluşan olumsuzlukları en aza indirme,
- Sağlığı bozucu durumu tedavi etme,
- En kısa zamanda sağlığını kazanmasını sağlama,
- Arta kalan gücünü en iyi şekilde kullanmasını sağlama olarak belirlemiştir.

Bu temel hedef ve alt hedeflere ulaşmak için sağlık ekibinde etkin bir konumda bulunan hemşirelerin sayısı ve nitelikleri son derece önem kazanmaktadır.

4.1.2. Mevcut Durum-Sorunlar

Tüm sağlık hizmetlerinde olduğu gibi hemşire sayısının önemli bir kısmı tedavi edici hizmetlerde çalışmaktadır.

- İnsangücü ve sağlık altyapısının yurt düzeyine dengesiz dağılımı nedeniyle belirli bölgelerde hemşire sayısındaki eksiklik önemini korumaktadır.
- İkinci basamak sağlık hizmeti vermesi gereken büyük sağlık kuruluşlarında hasta yığılmaları önlenememektedir.
- Birinci basamak sağlık hizmetlerinde önemli altyapı yetersizlikleri ve nitelikli personel açığı olduğundan verilmesi gereken sağlık hizmetleri verilememekte bu da ikinci basamak sağlık hizmeti veren kurumların yükünü olumsuz yönde artırmaktadır.
- Birinci basamakta sağlık personeli ve diğer yetersizlikler nedeni ile sağlığın geliştirilmesi ve sürdürülmesi hizmetleri istenilen düzeyde verilememektedir.

4.1.3. Öneriler

1- Birinci basamak sağlık hizmetleri örgütlenmesinde temel örgüt birimi sağlık ocağıdır. Bu modelde sağlık hizmetlerinin yaklaşımı dar alanda geniş kapsamlı hizmet ilkesine dayanmaktadır. Kırsal alanda her 5-10 bin (kentsel bölgede her 50 bin) nüfusa bir sağlık ekibi kurulması hedeflenmiştir. Sağlık ocağının temel personeli: hekim, halk sağlığı hemşiresi, sağlık memuru veya çevre sağlığı teknisyeni, ebe/hemşire, diyetisyen, eczacı vd., sekreter, hizmetli, şofördür. Nüfusa göre ekip üyelerinin meslekleri ve sayıları değişebilmektedir. Bu sağlık örgütlenmesi ile, toplumda yaşayan her bireye, gereksindiği tüm sağlık hizmetleri sunulabilmelidir. Bu hizmet grupları aşağıdaki biçimde sınıflandırılmalıdır :

- Çocuk sağlığı hizmetleri,
- Ana sağlığı hizmetleri ,
- Erkek sağlığı hizmetleri,
- Çalışan sağlığı hizmetleri,
- Yaşlı sağlığı hizmetleri,
- Sokakta çalışan ve yaşayanların sağlık hizmetleri.

2- Annelere, doğumdan itibaren sağlık ocağı tarafından gerekli hizmetler sunulmakta, gereksinim halinde üst basamaklara sevk edilmektedirler. Dönüşte tekrar gerekli bakımları verilerek en kısa zamanda sağlıklarının kazandırılması sağlanabilmelidir.

3- Birinci basamakta hizmet sunacak sağlık ekibinin iyi yetişmiş, konusunda eğitilmiş olması, fiziksel ortamın ve araç-gerecin ihtiyaca göre tamamlanmış olması hizmetin etkinliği yönünden son derece önemlidir.

4.2. ÖN LİSANS MEZUNU SAĞLIK TEKNİKERLERİNİN DURUMU

4.2.1. Giriş

Sağlıkta ara insangücü gereksinimini sağlamak üzere ön lisans düzeyinde çeşitli meslek yüksek okullarında çeşitli programlar (ambulans ve acil bakım teknikerliği, tıbbi dokümantasyon ve sekreterlik, tıbbi laboratuar, anestezi, radyoloji, radyoterapi, hemodializ, vb.) başlatılmıştır. Ancak sorunları azaltmak üzere açılan bu programlar sorunlarla dolu

mezunlar vermiş ve vermektedir. Çoğu programların, konusuna hakim öğretim elemanları olmadığından, gerekli eğitim yapılamamaktadır, yine birçok programda eğitim malzeme ve kaynak kitap eksikliği söz konusudur. Staj yeri ve eğitici sayısı planlanmadan okullara fazla sayıda öğrenci alınmaktadır. Mezun olanlar ise **mesleki tanımları yapılmadığından, görev yetki ve sorumlulukları belirlenmediğinden** ve kadro verilmediğinden kamu kurumlarında gereksinim duyulduğu halde çalışamamakta; özel kuruluşlar ise yasal sorumluluklar nedeniyle gereksinim duydukları ve işe almak istedikleri personeli çalıştıramamaktadırlar.

4.2.2. Mevcut Durum - Sorunlar

Ambulans ve Acil Bakım Teknikerlerinin Dünyadaki ve Türkiye'deki Durumu : Özellikle insan sağlığının önem kazandığı ülkelerde (Avrupa, ABD ve Balkan ülkelerinde) ambulans ve acil bakım teknikerleri (**AABT**) ambulans sisteminin başarılı bir şekilde yürütülmesinde yıllardır etkin görev almaktadırlar. Oysa ülkemizde beş yıldan beri verilen mezunlara rağmen Sağlık Bakanlığı 112 ambulanslarında özel eğitimi olmayan doktor, hemşire ve sağlık memuru çalışmaktadır. Eğitimi olmayan bu kişiler istenilen düzeyde bakım verememekte, zaman zaman hizmet içi eğitimle yetiştirilen kişiler ise bir süre sonra başka yerlere(örneğin doktorların TUS sınavını kazanmaları gibi) gittiğinden hastaya verilmesi gereken hizmet olumsuz yönde etkilenmektedir. Ambulans ve acil bakım teknikerleri hem hastaya bakım vermekten hem de ambulansın kullanılmasından sorumlu olduklarından, daha verimli ve ekonomik yapılacak hizmet hemşire, doktor, şoför olmak üzere üç kişi ile verimsiz ve ekonomik olmayan bir şekilde yürütülmektedir. Aynı durum diğer meslek grupları için de geçerlidir. Bunlar;

1. Sağlık meslek yüksek okulu mezunlarının meslek tanımları yoktur,

2. Yetki ve sorumlulukları belirlenmemiştir ,

3. Daha önceki BYKP 'larında söz edilmemiştir,

4. Kadroları yoktur,

5. Eğitim aşamalarında çeşitli sorunları vardır: Kısa sürede çok yoğun bir eğitim almaktadırlar,

6. Gelişmiş ülkelerde meslek eğitimi, 18 yaşını doldurduktan sonraki devreye rastlayan dönemlerde olacak şekilde, eğitim sistemi düzenlenmiştir. Oysa ülkemizde sağlık

meslek liselerinin kapatılan hemşirelik bölümleri yerine İlkyardım ve acil bakım teknisyeni bölümleri açılmıştır. Henüz kendi gelişim süreçlerini tamamlamamış olan adölesan çağındaki gençlere meslek sorumluluğu yüklenilmeye çalışılmaktadır.

4.2.3. Öneriler

1- Ambulans ve acil bakım teknikerliği programları malzeme, kaynak ve konusuna hakim öğretim elemanlarınca desteklenmeli, mesleki tanımları yapılarak, yetki ve sorumlulukları belirlenmeli böylece hastane öncesi acil bakım sistemi güçlendirilmelidir.

2- Yasal ve kurumsal düzenlemeler yapılmalıdır. Kaliteli bir ambulans sistemi, kaliteli – ekonomik acil bakım ve hasta memnuniyeti için gereklidir. O nedenle önlisans mezunu meslek grupları 8. BYKP'nda mutlaka yeralmalıdır.

3- Acil tıp uzmanlığı da Türkiye'de oldukça yeni ve gereksinim duyulan bir uzmanlık alanıdır. Acil servislerde görev alması beklenen, acil servislerde yaşanan olumsuzlukların giderilmesinde katkıda bulunabilecek acil tıp uzmanlarının da henüz yasaları oluşturulmamıştır ve acil servislerde kadroları yoktur.

4.3. SAĞLIK YÖNETİMİ - SAĞLIK EĞİTİMİ ALANINDA İNSANGÜCÜ

Sağlık Eğitim Fakültesi, 1996-1997 eğitim-öğretim yılında faaliyete başlamıştır. Amacı ülkemizdeki sağlık hizmetlerinin daha verimli olarak yürütülmesinde sağlık yönetimi ve eğitimi alanında gereksinim duyulan insangücünü yetiştirmektir.

SAĞLIK YÖNETİCİLERİ; Türkiye'nin sağlık altyapısının tanımlanması ve geliştirilmesine yönelik ulusal ve/veya uluslararası çalışmaları ve araştırmaları planlama,yürütme ve değerlendirme konularında nitelikli ve profesyonel sağlık insangücüdür. Sağlık yöneticileri, koruyucu ve tedavi edici her türlü sağlık kurum ve kuruluşunun yönetimi, işletilmesi, planlanması ve denetlenmesinin yanı sıra, öğretmenlik formasyonu alarak öğretmenlik de yapabilirler.

SAĞLIK EĞİTİMCİLERİ; sağlık sorunları,hastalıklardan korunma ve sağlığı geliştirme ile ilgili olarak halkı bilgilendirmek ve toplumun sağlık bilincinin yükselmesine katkıda bulunmak amacıyla kamu kurum ve kuruluşlarında görev yapar. Ayrıca MEB'e bağlı orta öğretim kurumlarında okutulan "sağlık bilgisi" dersini verirler.

4.3.1. Öneriler

1- Ülkemizde birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına "sağlık eğitimcisi" ve "sağlık yöneticisi" kadroları tahsis edilmelidir.

2- Sağlık eğitimi üniteleri kurulmalı ve buralarda sağlık eğitimcisi kadrosuyla personel istihdamı yapılmalıdır. Yine bu sağlık kurumlarının yönetimi, profesyonel eğitim almış sağlık yöneticilerine bırakılmalıdır.

4.4. ECZACILIK EĞİTİMİ

Yaşadığımız yüzyıl, her konuda olduğu gibi ilaç ve eczacılık sektöründe de köklü değişimlere sahne olmaktadır. Bu bağlamda, insana yapılan yatırım demek olan eğitim, daha da ön plana çıkmış bulunmaktadır.

Mesleklerin 21.yüzyılda da yaşamını sürdürüp sürdüremeyeceği, bu gerçeği algılama, kavrama ve uygulamalara yansıtabilme becerileriyle yakından ilgilidir.

Ülkemizde insanların layık oldukları ilaç ve eczacılık hizmetini alabilmesi yolundaki çabalar, Avrupa Birliğiyle bütünleşme süreciyle birlikte ivme kazanmış bulunmaktadır. Artık , yalnızca ilaç üretimi ve sunumuyla sınırlandırılamayan eczacılık, ilaç bilgisi ve danışmanlık hizmeti de vermektedir.

Doğaldır ki, bu yapısal işlevsel dönüşüm, her kademedeki eczacılık eğitiminin gözden geçirilmesini gündeme getirmektedir. Bu amaçla :

- Eczacılık mesleğinin, 21. yüzyıldaki çehresine yönelik eğitim modellerini her kademede oluşturmak ve geliştirmek,
- Eczacılık eğitimi kalitesinin sürekli iyileştirilmesine ilişkin araçları biçimlendirmek,
- Bu hedeflere dönük altyapı unsurlarını uygulamaya aktarmak

gibi hedefler üzerine yoğunlaşılmalıdır.

4.5. TIP EĞİTİMİ

4.5.1. Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi

4.5.1.1. Giriş

Tıp ve ilgili bilim dallarındaki bilgi birikimi her geçen gün artmaktadır. Genel tıp bilgisinin verilmesi gereken süre ise aynı, hatta "intern" doktorluk uygulamasının altı yıl içine alınması ile daha da kısalmıştır. Uzmanlık sahaları ile ilgili ayrıntılı bilgiler her ne kadar gereksiz kabul edilebilse de, bazal bilgilerin miktarı oldukça fazladır. Tıp eğitimini diğer mesleki eğitimlerden ayıran bazı özellikler vardır. Meslek sahasının önemi, hata affetmemesi, her türlü bilgiyi öğrenme mecburiyetini getirir. Tıp okulları sadece bilginin değil, aynı zamanda hekimlik sanatına ilişkin beceri ve uygulamaların verildiği yerlerdir. Tıp doktoru ünvanına ise ancak bu kadar bilginin pratikte uygulanması becerisinin elde edilmesi ve bunun objektif ve çok yönlü olarak test edilmesi ile ulaşılabilecektir.

4.5.1.2. Mevcut Durum-Sorunlar

Ülkemizde tıp eğitimi ile ilgili kabul edilmiş ve uygulanan ortak ilke ve özellikler yok gibidir. Küreselleşmenin kaçınılmaz olduğu zamanımızda, ülkemiz koşullarına ve özelliklerine uygun, evrensel nitelikli hekimler yetiştirilmesi zorunludur. Özellikle kökleşmiş ve büyük üniversitelerimizin kendi geleneklerinin yansıması sonucu farklılıklar olabilse de, ülke çapında tıp eğitimi ilkelerinin tespitinin pek çok yararı vardır.

4.5.1.3. Öneriler

1. Teknolojiden azami ölçüde faydalanılması ve yaşam boyu bilgi artırımı öğretilmelidir. Buna, tıp literatürünü takip edebilmeyi sağlayacak yabancı bir dilin öğretimine destek de dahildir.

2. Temel bilimler ve klinik bilimler entegre bir programla sunulmalıdır.

3. İnsan vücudu ile ilgili bilgilerin verilmeye başladığı andan itibaren hasta başı eğitim için zaman ayrılmalıdır. Öğrenci, eğitimi içerisinde mümkün olduğunca erken bir zamanda hasta ile karşılaşmalıdır.

4. Özellikle pratik eğitimlerde belli bir süre için, fakülte dışı genel hasta hizmeti veren, akademisyen olmayan hekimlerden faydalanılması organize edilmelidir. Bu durum

öğrencinin toplumla ve yardımcı sağlık personeli ile karşılaşmasını da sağlamanın ötesinde söz konusu hekimlerin de mezuniyet sonrası eğitimine katkıda bulunup, hizmetin kalitesini yükseltebilecektir.

5. Teorik ağırlıklı dersler temel ve klinik bilim dallarının organizasyonu ile sadeleştirilmeli ve entegre edilmelidir. Teorik dersler bilginin dikte ettirildiği değil, bilgiye ulaşma yollarının ve tecrübenin aktarıldığı nitelikte olmalıdır. Spesifik tıbbi sorunların, multidisipliner planlama ile belirlenip çözümlenmesi teknikleri öğretilmelidir.

6. Ulaşma yolları öğretilen ve rehberlik edilen teorik bilginin bazal düzeyi, bilimsel tekniklerle hazırlanmış soru bankasından faydalanılan yazılı sınavlarda objektif bir şekilde ölçülmelidir. Bu sınavların ulusal bazlı olması yararlı olacaktır.

7. Teorik bilginin hemen hastaya uygulanması ve sentez yeteneğinin geliştirilmesi için küçük gruplar halinde pratik eğitim verilmelidir.

8. Bu eğitim saatleri standardize edilmeli, amaçları ayrıntılı olarak belirlenmeli ve bir müfredata dayandırılmalıdır. Vaka örneği üzerinde sentez esasına dayanan bu tarz eğitimde öğrenci ve öğretmen için her ders saatine yönelik ayrıntılı kılavuzlar hazırlanmalıdır.

9. Her eğitim birimi için esansiyel pratik beceri konuları tespit edilmeli ve sorumlu öğretim üyesinin, gözetimindeki öğrenciler için dolduracağı ve yeterlilik tayini özelliği taşıyan formlar düzenlenmelidir. Beceri laboratuvarları bu sisteme eklenebilir.

10. Öğretim elemanlarının öğretme teknikleri ile ilgili eğitimi sağlanmalıdır.

11. Çocuk sağlığı ve hastalıkları, dahiliye, cerrahi ve kadın-doğum gibi ana branşlarla ilgili çekirdek müfredat, yukarıdaki ilkeler doğrultusunda hazırlanmalıdır.

12. Çekirdek müfredat dışında, ilgi alanlarına göre bilgi genişletilmesi ve araştırma yöntemlerine yönelik eğitimin verilmesini sağlayan “seçmeli ders” imkanları organize edilmelidir.

13. İleri sınıflardaki öğrencilerin ilk sınıflardaki öğrencilerin pratik eğitiminde rol alabilmelerini sağlayacak organizasyonlar yapılarak, “öğretirken öğrenme” eğitimine imkan verilmelidir.

14. Özellikle ileri sınıflarda artan bir biçimde, hastane içindeki ve dışındaki stajlarda ekip çalışmasına öğrenciler entegre edilmelidirler. Böylece sağlık örgütlenmesindeki hekimlik rolü ve sağlık yönetimi eğitimi de sağlanacaktır.

15. İnsan vücudunun yapısını ve hasta bakımını multidisipliner entegrasyon ve hasta ile karşılaşarak öğrenmenin yanı sıra insan sağlığının korunması ve hastalıkların önlenmesi ile ilgili eğitim de dengeli bir şekilde ve toplumun sağlık gereksinimleri göz önünde tutularak verilmelidir.

16. Evrensel standartlarda bir hekim yetiştirilmesine yönelik eğitimin içinde, ülkeye özgü sağlık sorunları yeterince vurgulanmalıdır.

17. Davranış bilimleri ve deontoloji tüm tıp eğitimi boyunca her safhada eğitime katılmalıdır. Mesleki tutum ve etik kavramının tıbbın her aşamasında yerleşmesi sağlanmalıdır. Evrensel hasta ve hekim hakları ile ülkemizde ve Avrupa topluluğunda hekimleri ilgilendiren hukuk kuralları işlenerek öğretilmelidir.

18. Maliyet-yarar ilişkisi ve sağlık ekonomisi eğitimin içinde önemli bir kavram olarak verilmelidir.

19. Fakülte kütüphaneleri konvansiyonel depo hizmeti dışında, teknolojinin, bilgiye ulaşımı sağlayacak tüm unsurlarını yeterli ölçüde içermeli ve 24 saat hizmet vermelidir.

20. Eğitimin her aşaması, eğitim bilimlerindeki gelişmeleri aktaracak şekilde gerekli modifikasyonları veya rasyonel değişiklikleri yaptırabilecek biçimde Tıp Eğitimi Ana Bilim Dalı'nın gözetim ve kontrolünde olmalıdır.

21. Tıp eğitimi veren kişilerin bağımsızlığı sağlanmalı; teorik sınav, pratik takip ve senteze yönelik tıp nosyonunu değerlendiren pratik sınavlar sonucu yeterli görülmeyen öğrencilerin eliminasyonuna imkan verilmelidir.

22. Rehber öğretim üyeliği müessesesinin etkinliği artırılmalıdır.

23. Kısa da olsa bir zaman dilimi, karşılıklı eğitim programları organizasyonları ile yabancı tıp fakültelerinde geçirilmelidir.

24. Tıp okulu bitirildikten sonra birinci basamak bağımsız hekimlik uygulaması yeterliliğine ulaşmak için en az bir yıl süreyle gözetimli klinik uygulama yaptırılmalıdır.

Bu programda acil tıp uzmanlığı eğitimi mutlaka ve yeterince verilmelidir. Bu konudaki bilim dallarının kadro sorunlarına çözüm bulunmalı, tüm fakültelerde kurulmaları ve ülke çapında organize olmaları sağlanmalıdır.

25. Mezuniyet sonrası eğitim ile burada tespit edilen ilkelerin yaşam boyu sürekliliği sağlanmalıdır.

26. Basamaklı sağlık hizmeti iyi organize edilerek "tıp doktorluğu" özendirilmeli, uzmanlaşma mecburiyeti ortadan kalkmalı, ihtiyaca göre uzman yetiştirilmelidir.

27. Basamaklı hizmetin esas olduğu toplumsal sağlık örgütlenmesine uygun olarak hekim ihtiyacı gerçekçi bir şekilde tespit edilmeli, tıp fakültelerinin yeterlilikleri tespit edilmeli ve bunlara göre öğrenci sayıları ve dağılımı belirlenmelidir(bakınız rapor ekinde sunulan; 1. Ulusal Tıp Eğitimi Kongresi, Sonuç Bildirgesi, madde 1 ve 2; A.Ü. Tıp Fakültesi, 12-15 Kasım 1998).

28. Öğretim üyelerinin bu standart ve kalitedeki eğitimi verip, eğitim hastanelerinin hizmet ve işletme çarkını da üst düzeyde tutabilmelerini sağlamak için özlük hakları iyileştirilmelidir. Döner sermaye uygulamaları hizmet, eğitim ve araştırmayı özendirici şekilde yapılmalıdır.

4.5.2. Tıpta Uzmanlık Eğitimi İle İlgili Öneriler

1- Tıp eğitiminin temel amacı ; " toplumun gereksinimlerini dikkate alarak uluslararası nitelikte hekim yetiştirmek " olduğuna göre, gerek mezuniyet öncesi gerek sürekli tıp eğitiminde olduğu gibi, mezuniyet sonrası tıp eğitiminde de niteliğin sağlanabilmesi ancak bu eğitimin her kademesinin, uluslararası normlarda olması ile olasıdır.

2- Mezuniyet öncesi tıp eğitiminin, ülke çapında bu eğitimi veren kuruluşların ülkemiz gerçeklerini dikkate almış bir standardizasyonunun bulunmaması, mezun olan hekimlerin genel pratisyenlikten uzmanlığa doğru yönelişine neden olmakta hatta bunu teşvik etmektedir.

Bu standardizasyonun sağlanamaması ve sağlıkta insangücü planlamasının yeterince yapılmamış olması, bazı dallarda uzman eksikliğine bazı alanlarda ise ülke gereksiniminden fazla sayıda uzman hekim yetiştirilmesine neden olmakta ve bu da ciddi istihdam sorunlarını gündeme getirmektedir.

3- Uzmanlık Eğitiminin tüm kademelerinde eğitim standartlarının mesleksel düzeyde, siyasi müdahalelerden etkilenmeyen özerk ve ulusal bir kurum tarafından belirlenmesi uygun olacaktır.

Tıpta Uzmanlık Eğitiminin standardizasyonunda, eğitim görenlerin değerlendirilmesi ve yeterliliklerinin ölçülmesi kadar, eğiticilerin yeterliliklerinin ve bireysel performanslarının da uygun yöntem ve ölçütler çerçevesinde değerlendirilmesi için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır. Bu açıdan " Tababet Uzmanlık Tüzüğü Tasarısı " bir an evvel Sağlık Bakanlığı tarafından güncelleştirilerek yasalaştırılmalı ve Avrupa örneğinde olduğu gibi "Türk Tabipleri Birliği " özerk ve sivil toplum örgütü olarak bu konuda yasa ile yetkilendirilmelidir.

Böylelikle bu standardizasyondan sorumlu “ Avrupa Tıp Uzmanları Birliği (UEMS) ” ile ülkemizdeki uzmanlık eğitiminin harmonizasyonunun sağlanması mümkün olacaktır.

4.5.3. Sürekli Tıp Eğitimi İle İlgili Öneriler

1- Günümüz tıbbı sürekli değişim ve gelişim içinde olduğundan, gerek pratisyen gerek uzman hekimlerin mezuniyetten sonra bu değişim ve gelişimlerden uzak kalmadan mesleklerini icra edebilmeleri gerekmektedir.

Bunun için dünyada genellikle uygulanan " Kredilendirme Sistemi " uygun bir yol olarak görülmektedir. Aynı düşünce içinde "Avrupa Tıp Uzmanları Birliği (UEMS)" de bu tür kredilendirmeyi kabul etmiştir. Böyle bir kredilendirme sisteminin bağımsız ve ulusal bir kuruluş olarak Türk Tabipler Birliği tarafından gerçekleştirilmesi her yıl için hekimlik lisansının yenilenmesini olası kılacaktır. Bu kredilendirmenin, eğitim etkinliklerine katılımı özendirmek ve kalite denetimini sağlamak gibi yararları da olacaktır.

Bu birlik ile bağların güçlendirilip yaygınlaştırılması Avrupa Birliğine uyum çerçevesinde ortak bir kredi sistemine girmemizi de kolaylaştıracaktır.

2- Bugün için bazı sağlık kuruluşlarınca gönüllülük temelinde yürütülen bu girişime Türk Tabipler Birliği, Ankara Eczacı Odası katılımı ile ATONET adı altında, Sürekli Tıp Eğitimi mesleki eğitim ve mesleki danışmanlık hizmeti vererek destek olmakla birlikte bunun yasal zorunluluk çerçevesine oturtulması uygun olacaktır.

Türk Tabipler Birliği, Ankara Eczacı Odası katılımı ile ATONET adı altında Sürekli Tıp Eğitimi mesleki eğitim ve mesleki danışmanlık hizmeti vermeyi hedeflemektedir. Alınan eğitim sonrası uygun yazılım ile kredi puanı verilmektedir.

- ATONET bünyesinde medline hizmeti verilmektedir.
- ATONET Hacettepe Üniversitesi kütüphanesi ile beraberce yürüttüğü proje ile hekimlere literatür bilgisi sağlamaktadır.
- Vademecum ATONET ile ilaç hakkında ayrıntılı bilgi edinilebilen sözlük hizmeti sunulmaktadır.
- ATONET dünyada belli hastalıkların tedavisine ilişkin her yıl önerilen tedavilerin yer aldığı Tedavi Kılavuzları ile de hizmet vermektedir.
- ATONET bireysel ve kurumsal e–posta hizmeti de sağlamaktadır.

5. SAĞLIK YATIRIMLARI VE SAĞLIK MİMARİSİ

5.1. MEVCUT DURUM

- Sağlık tesislerinin etüt-proje hizmetleri için yeterli kaynak ayrılmadığından çoğu zaman tip proje kullanılmaktadır. Bu uygulama ile arazinin jeolojik, jeoteknik etütleri, topografik yapısı, coğrafik ve çevresel özellikleri göz ardı edilmektedir.
- Yatırımların zemin etütleri için gerekli ödenek ayrılmadığından, uygulama ve zemin emniyet değerleri kapsamlı bir etüde dayandırılmadan yaklaşık değerler olarak yapılmakta ve ülkemizin deprem gerçeği ihmal edilmektedir.

  ⇒ Bina yatırımları rasyonel kriterler çerçevesinde belirlenmemektedir. Siyasi nedenler sonucunda büyüyen proje paketi nedeniyle uzun yıllara sari planlanan projelerin ekonomikliği ortadan kalkmaktadır.

  ⇒ Kalkınma planlarında bina hedefleri, yalnızca sayısal gerçekleşme oranlarına dayandırılmakta, nitelik ve hizmete uygunluk anlamında bir değerlendirme yapılmamaktadır.

- Bayındırlık ve İskan Bakanlığınca yılda bir kez ilan edilen ve para değer kaybı oranında

artırılmayan birim fiyatlarla istenilen nitelikte sağlık tesisi yapılamamaktadır.

- Sanayileşmekte olan ve nüfusu hızla artan ülkemizde giderek artan çeşitli iş ve trafik kazaları sonucu ortaya çıkan sakat ve özürlü insanların tedavileri için açılan fizik tedavi ve rehabilitasyon merkezleri çağın hastalığı olarak bilinen kanser hastalarının teşhis ve tedavileri için açılan onkoloji merkezleri ile kronik böbrek hastalarının tedavisi için gerekli diyaliz merkezlerinin mevcut sayıları yetersizdir. Ayrıca ülkemizdeki yaşlı ve bakıma muhtaç nüfusun tedavisi ve günlük yaşama adaptasyonlarının sağlanacağı türden açılmış merkezler bulunmamaktadır.

- Mevcut sağlık tesislerinin iyi yönetilmemesi, yatak kullanım kapasitesinin düşük seviyelerde kalması, hizmet maliyetinin gereksiz yere artmasına neden olmakta diğer taraftan mevcutların bakım, onarım ve iyileştirilmeleri için kaynak sıkıntısı doğmaktadır.

- Şehir planları ile arsa kullanımcıları arasında gerekli işbirliğinin sağlanamaması veya planların ileriye dönük değil günün ihtiyaçları doğrultusunda hazırlanması sonucunda mevcut sağlık tesislerinin geliştirilmesi, büyütülmesi imkanı bulunmamaktadır.

- Diğer taraftan yıllardan bu yana arsa kamulaştırılması veya satın alınmasına Başbakanlık tasarruf tedbirleri genelgesi ile getirilen sınırlama sebebiyle, uygun olsun veya olmasın yerleşim alanlarından uzak ulaşım, altyapı hizmetleri çözümlenmemiş, kayalık ve orman Hazine arazileri üzerine yatırım yapmak zorunluluğu getirilmektedir. Ancak, uygulamada arsadan elde edilen bu tasarrufun çok üstünde inşaat ve altyapı maliyeti yükselmektedir.

5.2. ÖNERİLER

1- Sağlık tesislerinin etüt- proje hizmetleri için yeterli kaynak ayrılarak, arazinin topografik coğrafik ve zemin etütlerine dayalı her proje için ayrı mühendislik ve mimarlık hizmeti yaptırılmalı, ayrıca ülkemizin deprem gerçeği göz önüne alınarak her yatırım için zemin etüd ödeneği tahsis edilmelidir.

2- Bina yatırımları rasyonel kriterler çerçevesinde belirlenmeli, uzun yıllara sari (10-15 yıl) planlamadan kaçınılarak daha makul sürelerde tamamlanmasına yönelik çalışmalar yapılmalıdır.

3- Kalkınma planında bina hedefleri yalnızca sayısal gerçekleşme oranlarına dayandırılmamalı, nitelikli ve hizmete uygunluk anlamındaki değerlendirilmelere de planda

yer verilmelidir.

4- Bayındırlık ve İskan Bakanlığı birim fiyatları ile yapılan ihale yönteminin sağlık mimarisine olumsuzluğu dikkate alınarak ,yataklı tedavi kurumuna ait proje karakteristiğinin etüt proje+inşaat+ tıbbi donanım+donatım şeklinde belirlenerek, anahtar teslimi ihale usulüne geçilmesi sağlanmalıdır.

5- Sayıları gittikçe artan sakat ve özürlü hastalar, kanser hastaları, kronik böbrek hastalarının tedavileri için gerekli merkezlerin artırılarak yurt geneline yaygınlaştırılmasına çalışılmalı, yaşlı ve bakıma muhtaç kimselerin bakım ve tedavilerinin yapılacağı geriatri hastaneleri açılmalıdır.

6- Mevcut sağlık tesislerinin iyi yönetimi sağlanarak yatak kullanım kapasitesinin artırılması, düşük kapasiteli veya işletilemeyen tesislerin gözden geçirilerek kaynak israfına son verilmesi sağlanmalıdır. Bu şekilde yapılacak reorganizasyon ile çalışan hastanelere kaynak aktarılabilecektir.

7- İmar planında sağlık tesisleri için ayrılan alanların günübirlik değil ileriye dönük ihtiyaçlar dikkate alınarak hazırlanmasına çalışılmalı, mevcut planlarda bu imkan bulunmuyorsa arsa seçimi ile ilgili genel kuralların ve fizibilite etütlerinin hazırlanmasına imkan sağlanmalıdır.

8- Sağlık mimarisi ve uygulamasında çalışan teknik grubun nitelik ve nicelik yönünden güçlendirilmesi; özellikle sağlık mimarisi konusunda lisansüstü eğitime geçilmesi sağlanmalıdır.

6. BİYOMEDİKAL MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ

6.1. GİRİŞ

Bilindiği gibi, sağlık hizmetleri, kuruluş, donanım ve işletme yönlerinden yüksek maliyeti olan kuruluşlardır. Özellikle sağlık sektöründe yataklı tedavi kurumları maliyetin en fazla olduğu hizmet birimleridir.

Bütün ülkelerde ve memleketimizde sağlık hizmetlerinin maliyeti artmakta ve en gelişmiş ülkeler dahi bu yükselişi azaltıcı, fakat hizmeti daha etkin kılıcı sistemler üzerinde çalışmalarını sürdürmektedirler.

Ülkelerin hayat standardı arttığı için, insanlar daha iyi hizmet istemekte ve teşhis ile tedavinin en kısa sürede gerçekleşmesini beklemektedirler. Sağlık personeli de halkın beklentisini karşılayabilmek için, yüksek teknolojinin getirdiği, fakat oldukça pahalı olan tıbbi cihazları ve teknolojiyi kullanmak arzusundadır.

Sağlık teknolojisinin hızlı gelişimi sonucunda; başarılı bir sağlık hizmetinin verilebilmesi için en önemli ön şart, bu teknolojinin ürünü olan tıbbi cihaz ve metodları sağlık kuruluşlarında kullanabilmektir. Ülkemizde her yıl yüz milyarlarla ifade edilen harcamalar yapılarak, tıbbi cihaz ithal edilmekte veya iç piyasadan temin edilmektedir. Ancak, esas sorun öncelikle tıbbi teknolojinin temin gerekliliğinin tespitinde yatmaktadır.

6.2. MEVCUT DURUM-SORUNLAR

Başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere özellikle devlet teşekküllerinde teknoloji temini;

⇒ Kullanıcı ve idari yapıdaki hekimler tarafından,

⇒ Merkezden proje olarak tahsis ile,

⇒ Siyasetçilerimizin talebi ile,

⇒ Firmaların reklam ve çalışmaları ile,

⇒ Yurt dışına giden uzmanlarımızın yeni teknolojileri talebi ile sağlanabilmektedir.

Günümüzde ihtiyacın belirlenmesi ile seçimi büyük oranda kullanıcı hekimlerin insiyatifinde olmaktadır. Kullanıcı hekim vereceği hizmet için gerekli gördüğü cihaz ve malzeme ihtiyacını belirtmekte ve büyük oranda bunun seçimini de kendisi yapmaktadır.

Ancak bu seçimde keyfi davranılması ve hekimden hekime bu tercihlerin farklılıklar göstermesi nedeniyle verilen hizmet aynı olduğu halde aynı statüde bulunan hastanelerimizin donanım profilleri büyük farklılıklar gösterebilmektedir. Bazı hastanelerimizde cihaz ve malzeme eksiği varken diğerinde ihtiyaç fazlası olabilmektedir.

Bugün hastanelerimizin içerisinde bulunduğu en büyük sorun donanım ihtiyacı ile birlikte donanım fazlasının da olmasıdır. İyi bir fizibilite hazırlanmadan ve yatırımdan beklenen sonuçlar belirlenmeden yapılan yatırımlar nedeniyle büyük bir israf ve tıbbi cihaz

mezarlığı oluşturulmaktadır. Yeni teknoloji maliyetlerinin yüksek oluşu nedeniyle yatırım öncesi yapılacak hazırlıklar büyük önem kazanmaktadır.

Gelişmiş teknolojinin kullanımı ne kadar gerekli ise bu teknolojinin gerekliliği ve uygun teknolojinin seçimi de o oranda önemli olmaktadır. Gereksiz ve yanlış yapılan yatırımlar yeni teknolojinin maliyetlerinin yüksek olması nedeniyle büyük israfa yol açmaktadır. Bu nedenle teknolojik yatırım öncesinde iyi bir fizibilite ile yatırımdan beklenen sonuçlar ile bunun sosyal ve ekonomik faydaları, kısacası yatırımın verimli olup olmadığı çok iyi araştırılmalıdır. Bu araştırmanın doğru bir şekilde yapılması ve buna uygun teknolojinin temini en ekonomik yatırım olacaktır.

Teknoloji değerlendirmesi şu temel elemanları içermelidir;

- Eldeki mevcut teknolojilerin maliyet, güvenirlilik, dağılım ve kullanma özelliklerine göre gözden geçirilmesi,
- Klinik görüşün açıklanması,
- Teknolojiye ne derecede ihtiyaç olduğunun belirlenmesi ve geniş uygulama alanlarının tanımlanması,
- Elde edilecek teknolojinin insan hayatını geliştirme konusundaki görüşler,
- Teknolojinin elde edilme şartları ve gelişme basamakları,
- Teknolojinin maliyetinin kapsamlı olarak açıklanması ve alternatif tedavi yöntemleri ile karşılaştırılması,
- Tüm parametreler ve güvenirliliği de dahil olmak üzere teknolojinin avantajlarının tam olarak araştırılması,
- Teknolojinin teminini ilgilendiren hukuki faktörlerin değerlendirilmesi,
- Teknolojinin kullanılması ile ilgili etik ve yasal faktörlerin tanımlanması gerekmektedir.

Bu parametrelerin doğru seçilip ve uygulanması hem kaynağın etkin ve verimli kullanımını sağlayacak hem de hizmeti olumlu yönde etkileyecektir.

Sağlık Bakanlığı, MSB, SSK ve Üniversite temsilcilerinin katılımı ile oluşturulan Tıbbi Cihaz Daimi Özel İhtisas Komisyonu, tüm kamu kuruluşları için cihaz fiyatının 40.000 ABD Dolarını geçmesi halinde planlanan yatırımı bu kriterler çerçevesinde incelemekte ve yatırım gerekli ise izin vermektedir. Bu sayede gereksiz yatırım ve israfın önüne geçilmeye çalışılmaktadır.

Bilindiği gibi tıbbi cihazlar içerdikleri hassas ve yeni teknoloji nedeniyle işletme esnasında sürekli bakıma ihtiyaç gösterirler. Ülkemizde satış sonrası servis sağlama konusunda iyi servis hizmeti veren firmalar bulunmakla birlikte bu konuda çok yetersiz firmalar da bulunmaktadır. Satış sonrası teknik servis hizmetlerinin yetersizliği nedeniyle ülkemizde ciddi anlamda bir tıbbi cihaz mezarlığı oluşmaktadır. Bu çerçevede özellikle yüksek teknoloji içeren cihazları pazarlayan firmaların satış sonrası servis imkanları günümüzde çok büyük önem kazanmıştır. Bu sebeple; hastanelerimizde mevcut cihazların sürekli faal tutulması, yeni alınacak cihazların seçimi, (satınalınacak cihazların teknik şartnamelerini ve teknik esaslarını belirlemek), kullanıcı personelin eğitiminin sağlanması, en iyi ve en verimli teknolojiyi temin etmek ve temin edilen cihazların en verimli şekilde kullanmak biyomedikal mühendislik hizmetlerinin desteği ile mümkündür.

6.3. ÖNERİLER

1- Bu konuda yetişmiş insangücünün etkin bir şekilde değerlendirilmesi ve bu alanda eğitim almak isteyen insanlarımızın cesaretlendirilmesi için kamunun ihtiyacı olan kadroların tesbit edilerek en kısa sürede kadro imkanlarının yaratılması ile görev tanımları ve kurumlarda biyomedikal mühendislik hizmetleri birimlerinin oluşturulması gerekmektedir.

2- Biyomedikal mühendislik hizmetlerinin desteklenerek daha etkin bir biçimde kullanılması ile, sağlık hizmetlerinin kalitesine önemli ölçüde tesir eden tıbbi cihazların kontrolü konusunda bir otorite olması gereken Sağlık Bakanlığı, bu alanda süregelen zafiyetini gidermiş olacaktır. Bu konuda halen çalışmaları devam eden Tıbbi Cihaz Yönetmeliğinin yürürlüğe girmesiyle oluşturulacak denetim mekanizmasının etkinliği de biyomedikal mühendislik konusunda yeterli bilgi birikimine sahip personelin varlığı ile mümkün olabilecektir.

3- Ülkemiz insanının kaliteli sağlık hizmeti alabilmesi, sağlığının korunması ile özellikle kullanılan cihaz veya tıbbi üründen zarar görmemesi için bu ürünlerin ülkemize girişi ile ülkemiz içinde üretilmesinin ciddi bir şekilde denetlenmesi büyük bir önem arz

etmektedir. Tıbbi cihazlar ile diğer tıbbi ürünlerin üretiminde, günümüzde çok olumlu gelişmeler yaşanmakla birlikte, bu alandaki denetimsizlik kötü sonuçlar da doğurabilmektedir.

4- Günümüzde kullanılan tıbbi cihaz ve ürünlerin çeşitliliği göz önüne alındığında halen ithalatta denetlenebilen ürünlerin tıbbi cihazları hiç kapsamadığı, ilaç ve kozmetikler dışında diğer ürünlerin ise çok küçük bir kısmını kapsadığı görülmektedir.

5- Ülkemizin tıbbi cihaz ve ürünler konusundaki zaafı hem çok büyük bir sağlık riski oluşturmakta hem de denetimsizlik nedeniyle ülkemize giren kalitesiz ve sertifikasız cihazlar büyük döviz kaybına neden olmaktadır. Aynı zamanda ülkemizde üretilen cihaz ve ürünlerin insan sağlığına uygunluğunun sertifiye edilememesi yerli üreticilerimizin ihracat imkanlarını da büyük ölçüde kısıtlamaktadır.

6- TSE tarafından hazırlanan ve zorunlu standart yapılması isteği ile Sağlık Bakanlığına gönderilen standartlar etkin bir denetim organı olmadığı için uygulamaya sokulamamakta, bu da yine piyasada bir denetim boşluğu yaratmaktadır.

7- Ülkemizde üretilen ürünlerin belgelendirilmesi ile ithal edilen ürünlerin denetimi etkin bir organizasyonun varlığı ile mümkündür. Mevcut denetim boşluğu hem ülkemiz insanının sağlığını tehdit etmekte hem de kıt ülke kaynaklarının israfına ve büyük döviz kaybına neden olmaktadır.

8- Ticarette teknik engellerin kaldırılmasına yönelik olarak ülkemiz ile Avrupa Topluluğu mevzuatının uyum çalışmaları halen devam etmekte olup bununla ilgili Türk "Akreditasyon Kurumu Kuruluş ve Görevleri Hakkında Kanun" yayımlanarak yürürlüğe girmiş olup, hukuki altyapıyı tamamlayacak olan "Ürünlere İlişkin Teknik Mevzuatın Hazırlanması ve Uygulanmasına Dair Kanun" taslağı ile uygulamaya yönelik yönetmelikler sonuçlandırılmalıdır.

9- Söz konusu yasalar ve bu yasalardan dayanak alarak Sağlık Bakanlığınca hazırlanan yönetmelik taslakları (Tıbbi Cihazlar Yönetmelik Taslağı, Vücuda Yerleştirilebilir Aktif Tıbbi Cihazlar Yönetmelik Taslağı, İnvitro Tanı Kitleri Yönetmelik Taslağı, Oyuncaklar Yönetmelik Taslağı vb.) tıbbi ürünlerin üretimi, satışı ve kullanımı ile ilgili olarak Bakanlığa birçok görevler yüklemektedir. Bu görevlerin ifası ancak, konu ile ilgili teknik ve bilgi donanımına sahip birimlerin varlığı ile mümkündür. Bu çerçevede Bakanlık da konuyla ilgili milli mevzuatı ve sektörel denetim mekanizmalarını oluşturmak zorundadır.

10-Bütün bu nedenlerle tıbbi cihazların ülkemizde üretimi, ithalatı, satışı ile piyasa denetimlerini yapmak, üretici, ithalatçı, satıcılar ile ürünlere ait sicil bilgilerini tutmak, bununla ilgili gerekli yasal mevzuatı hazırlamak ve uygulamak üzere teknik ve bilgi donanımına sahip bir birimin Sağlık Bakanlığı bünyesinde kurulması büyük önem arz etmektedir.

7. AMBULANS SİSTEMLERİ

7.1. GİRİŞ

Aniden hastalanma veya kaza söz konusu olduğunda hemen müdahale edilebilmesi için olay yerine ambulans gelmelidir. Bunun içinde iyi bir ambulans sisteminin kurulmuş olması gerekir. Ambulans sistemi, tedavi edici hizmetin hastane öncesi aşamasını oluşturmaktadır. Gelişmiş ambulans sistemlerine sahip olan ülkelerde bu sisteme "Acil Tıp Hizmetleri (ATH)" denilmektedir. Acil tıp hizmetlerini oluşturan birimler aşağıda sıralanmıştır:

- Hastalanan ya da kazaya uğrayan kişi için ambulans çağırabilmek için bir telefon numarası ve ambulansı olay yerine yönlendirecek, gerektiğinde telefondaki kişiye bilgi verecek, ambulans gidene kadar yapılabilecekler konusunda kişileri yönlendirecek bir haberleşme merkezi,

- Haberleşme merkezinde iletişimi sağlama becerisine sahip eğitilmiş eleman veya doktor,

- Bulunulan bölgenin gereksinimlerine ve kapasitesine (nüfus yoğunluğu, sağlık kuruluşlarına uzaklığı, trafik yoğunluğu-ulaşım olanakları) uygun ambulans istasyonları,

- Ambulanslarda acil bakım hizmeti verebilecek ambulans ve acil bakım teknikerlerinin görevlendirilmesi,

- Acil hastalara acil bakım verecek yeterli donanıma ve yatak kapasitesine sahip acil servisler ile acil bakım konusunda eğitim almış acil servis doktor ve hemşiresi,

- Ambulans hizmetlerinin aksamaması için bakım ve yakıt giderinin karşılanacağı düzenli gelir kaynağı,

- Ambulansta kullanılan araç – gerecin bakımı, onarımı, kullanılan sarf malzemelerinin yerine konabilmesi için bakım onarım merkezi, sarf malzeme deposu, kumaş cinsi malzemelerin temizlenebileceği çamaşırhane ve tek kullanımlık olmayan malzemeler için sterilizasyon olanakları,

- Sistemin işlerliğini ve sürekliliğini denetleme sistemi ,

- Afetlerde (fazla sayıda yaralı olan çok büyük olaylarda) hizmet verebilecek kapasitede hazırlıklı olmak.

7.2. MEVCUT DURUM-SORUNLAR

İnsan sağlığına önem veren ülkelerde, acil tıp hizmetleri çok uzun yıllardır oldukça gelişmiş ve çok iyi hizmet vermektedir. Ülkemizde çok ihmal edilen bu konuya son yıllarda önem verilmeye başlanmıştır. ATH nin önemli bir halkası olan telefon numarası yurt çapında 112 olarak belirlenmiş ancak, sadece belirli merkezlerde etkin hizmet vermektedir. Zamanla tüm il ve ilçelerde hizmet vermesi hedeflenmektedir. "112 Acil Yardım Sistemi Tarafından Verilecek Acil Sağlık Hizmetleri Genelgesi"nin yayınlanması bu hedefe ulaşmak için adımların atıldığının göstergesidir. Sadece sistem yeterli değildir:

- Sistemdeki insanların da amaca uygun elemanlardan oluşması gerekir. ATH personelinin görev tanımları yapılmadığından, sayıları ve aldıkları eğitim (ambulans ve acil bakım teknikerlerinin) yeterli olmadığından ambulanslarda görevlendirilmeleri olanaksızdır.

- 112 deki Ambulanslar tam donanımlı olmalarına rağmen eksilen malzemenin yerine konması halen önemli sorundur. Bozulan malzemelerin tamiri yurtdışı kaynaklı olduklarından çoğunlukla yapılamamakta, yakıt gideri ise başlı başına sorun olmaktadır.

- Acil servisler halen istenen düzeyde hizmet verememektedir. Acil servislerde genellikle yeni mezun pratisyen veya saatlik –günlük uzmanlık alanı asistanları ile yine acil birikimi olmayan hemşireler günlük-aylık görevlendirilmektedir. Bu uygulama sonucu hastalar gerekli hizmeti alamamaktadırlar. Ambulans sistemi iyi olsa bile iyi olmayan bir acil servis acil bakımı olumsuz etkilemektedir. Acil servislerde

acil tıp uzmanlarının çalışması halinde verilecek bakımın kalitesi artacaktır. Hemşirelerin de acil bakım eğitimi almış olması bakımın kalitesi açısından önemlidir.

- Ambulans sistemleri ve acil servis sistemlerinin tek başına çalışmaları ya da birbirleri ile entegrasyonu için gerekli (yasal) düzenlemeler eksik veya yoktur. Görev ve sorumluluklar tanımlanmamıştır.

- Ülkemizde halen ambulansların trafikte seyri sorunludur. Trafikte ambulansa yol verilmemekte veya sıkışık trafikte ambulans yol alamamaktadır.

7.3. ÖNERİLER

1-Trafik denetimlerinde yol vermeyen araçların uyarılmaları ve bazı ülkelerde olduğu gibi ambulans, itfaiye gibi araçların gidebileceği güvenlik şeritleri sistemi oluşturulmalı ve denetimi iyi yapılmalıdır. Sistemin oluşturulabilmesi için Karayolları Genel Müdürlüğü, İçişleri Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı ortak bir çalışma içine girmelidir.

2- Acil yardım sistemlerini kurmuş olan ülkelerdeki sistemler incelenerek Türkiye koşullarına uygun olan sistem kurulmalıdır. Bunun için yasal ve kurumsal düzenlemeler yapılmalı, izlenecek politikalar ve bu politikaların uygulama takvimleri 8.BYKP' de yer almalıdır.

3- Kuzey Amerika'daki 911 (Tiered Response-polis, itfaiye, ambulans için tek bir numara ve en yakın hangi grupsa olay yerine onun öncelikle ulaşması ve acil bakımın temel yaşam desteği düzeyinde başlatılması) benzeri bir sitem olanağı Türkiye için araştırılmalıdır.

4- Hava-kara-deniz bağlantılı acil kurtarma merkezleri kurulmalıdır. (Özellikle trafik kazalarının yoğun olduğu noktalarda ve kırsal kesimlerin ulaşım sorunları olan bölgelerde). Yine ulaşım sorunu olan Doğu Anadolu, Karadeniz ve diğer bölgelerimizde bölgenin yapısına uygun acil tıp hizmetleri planlanmalıdır. Örneğin; karın yoğun olduğu bölgelerde motorlu kızak tipi, dar caddeli kalabalık bölgelerde golf arabası benzeri ambulanslar geliştirilmesi yönünde çalışmalar yapılabilir (Kanada, Metro Toronto Ambulance Teşkilatında değişik örnekler mevcuttur).

8. REFİK SAYDAM HIFZISSIHHA MERKEZİ BAŞKANLIĞI

8.1. MEVCUT DURUM - SORUNLAR

Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı (RSHM) , Sağlık Bakanlığına bağlı bir kurum olup; Merkez Başkanlığı ve 15 bölge müdürlüğü ile temel işlev olarak koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik analizleme, rapor etme ve değerlendirme gibi faaliyet alanlarında çalışmaktadır.

Bazı eksiklerine karşın " Ulusal Referans Laboratuarı" olmaya yönelik her türlü cihaz ve alet donanımına sahiptir. Konusunda uzmanlaşmış ve yetişmiş yeterli personel mevcuttur.

8.2. ÖNERİLER

VII. BYKP programında yer alan RSHM'nin referans verebilecek bir ulusal laboratuar haline getirilmesi ile ilgili hazırlanan yasa taslağının yasalaşması halinde verimliliği ve etkinliği daha da artacak, aynı zamanda bu konuda ulusal boyutta önemli bir altyapı eksikliğinin giderilmesi de sağlanacaktır.

9. SAĞLIK HİZMETLERİNDE AFET YÖNETİMİ

9.1. GİRİŞ

Afet sırasında yaşanan organizasyon problemleri nedeniyle can ve mal kaybı artmaktadır.

Aynı türden iki afet arasındaki döneme " Sessiz Dönem " denir. Bu dönemin süresi afet türü ve bölgeye göre değişir. Bu dönem geçmişteki afetlerin değerlendirilerek gelecekteki afetlerin planlaması ve organizasyonunun yapılabilmesi yönünden önemlidir. Bu plan pek çok sektörün işbirliği ile hazırlanmalıdır.

9.2. ÖNERİLER

1- Sağlık hizmetleri açısından;

a- Her yerleşim birimi için tek tek plan yapılmalıdır.(İl - İlçe - Köy),

b- Bu planların birleştirilmesi ile ulusal plan oluşturulabilir,

c- Her yıl planlar gözden geçirilerek yenilik ve ilaveler yapılmalıdır,

d- Afet haritaları ve etkilenecek bölgelerdeki yapı durumu belirlenmelidir,

e- Risk altındaki nüfus belirlenmeli ,olası yıkım ve afetzede sayısı belirlenmelidir.

2- Sağlık hizmetleri ulusal plan içerisinde yer almalıdır.

a- Sağlık sektörünün esas görevi, afette yaralıların ve sağlık birimlerine ulaştırılabilenlerin tedavisi ve ölümlerin önlenmesidir. Bu amaçla iyi bir organizasyona gereksinim vardır. Yerleşik sağlık birimlerinin yeterli olduğu durumlarda ayrı bir organizasyona gereksinim daha azdır. Yerleşik birimlerin yetersiz kaldığı ya da yıkıma uğradığı durumlarda afete özel bir organizasyona gidilmelidir. Yerleşik birimlerdeki personel görev yerini terk etmemelidir. Kendi ya da yakınlarının yardımı ile kurtulan afetzedelerin ilk gelecekleri yer eskiden beri bildikleri sağlık birimi olacaktır. Bu nedenle bu birimlerde ya da yakınında hizmet verebilecek şekilde organizasyon planlanmalıdır.

Yörede mevcut birinci, ikinci ve üçüncü basamak tedavi kurumlarının depreme dayanıklılıkları ve hizmet kapasiteleri belirlenmelidir. Yıkıma uğramaları olasılığı göz önünde bulundurularak civar kurumlar alternatif olarak planda yer almalıdır.

b- İlk kabul yerlerinde kazazedeleri, ölmüş, ümitsiz, acil yardım gereksinimi bulunan izlenmesi gerekli ve yardımsız iyileşebilir ayırımının yapılabileceği olanaklar ve eğitimi planda yer almalıdır. Bu sayede personel zaman ve malzemenin kurtarılamayacak ya da yardıma gerek olmadan iyileşecek yaralılara harcanması önlenir.

c- Seyyar hastane ve acil yardım hizmetleri planda yer almalıdır.

d- Afetten sonra alınacak önlemler ve uygulanacak koruyucu sağlık hizmetleri son derece önemlidir. Tahmin edilen afetzede sayısına göre yeterli miktarda temiz su, besin, geçici barınma olanakları, ulusal planda yer almalıdır. Bu amaçla yerleşik sağlık birimlerindeki personele eğitim verilmelidir.

e- Afetlerden hemen sonra Ankara' da toplanan pek çok bakanlık , Kızılay Genel Müdürlüğü ve Genel Kurmay Başkanlığından katılan üyelerce oluşturulan “ Afetler Merkez Koordinasyon Kurulu” ile, il ve ilçelerde oluşturulan “İl - İlçe Kurtarma ve

Yardım Komiteleri" mevcut hasar ve önceden hazırlanan ulusal plan doğrultusunda daha etkin görev yapabilirler .

3- Afet komisyonları sürekli hale getirilmeli, koordinasyonlar ve çözüm önerileri oradaki uzman kişiler tarafından dile getirilmelidir.

Bu komisyonda mutlaka özel kurtarma gönüllüleri ile Türkiye Kömür İşletmeleri kurtarma ekiplerinden kişilerde olmalıdır ki onların deneyimlerinden daha objektif çözümlere ulaşılabilsin.

10. ÜRETİMDEN TÜKETİME İLAÇ

10.1. BİTKİSEL İLAÇ HAMMADDELERİ

10.1.1. Giriş

Bitkisel ilaç ham maddeleri (fitofarmaka – herbal medicinal ürünler) tüm dünyada ve son zamanlarda batılı ülkelerde toplumun ilgisini yoğun bir şekilde çeken maddelerdir. Yan etkilerinin çok az olması nedeni ile bunların hafif ve kronik hastalıklarda birinci basamak tedavisi olarak öncelikle kullanılması öngörülmektedir.

10.1.2. Öneriler

1- Ülkemizin doğal zenginliklerinden olan tıbbi bitkiler yeterince değerlendirilememektedir. Bu bitkiler ülkemizden çoğu zaman ham ilaç (drug) olarak ihraç edilmektedir. Bu bitkilerin uluslararası standartlara uygun mamul ürün şekline dönüştürülerek ihraç edilmesi ülkemize büyük katkılar sağlayacaktır.

2- Genelde bünyesinde aktif ve inaktif çok sayıda komponent taşıyan bu bitkileri içeriklerinin standardize edilmesi ve gerektiğinde izole edilebilmesi ancak bunlarla ilgili ileri araştırmalar yapılması sonrası olasıdır.

3- Ülkemizde Tarım Bakanlığı denetiminde olan bu maddelerin üretim ve satışının Sağlık Bakanlığı denetimine geçmesi bu araştırmaları hızlandıracak ve kolaylaştıracaktır.

4- Bu hammaddelerin üretimi ile ilgilenen sanayi kuruluşları ile üniversitelerin işbirliği bu araştırmalara büyük ivme kazandıracaktır.

5- Bu hammaddelerin kalite kontrollerinin ve/ veya bunlardan elde edilmiş ürünlerin standardizasyon kontrollerinin Sağlık Bakanlığı onayı ile varolan bölgesel araştırma – uygulama merkezlerinde yapılabilmesi sanayi ile üniversitelerin işbirliğini kolaylaştıracaktır.

6- Böylece hem üniversitelerimize yeni araştırma alanları açılacak, hem de ülkemize ek araştırma alanları açılacak, ülkemiz doğal zenginlikleri değerlendirilmiş olacaktır.

10.2. ÜRETİMDEN TÜKETİME İLAÇ

10.2.1. Giriş

Dünyada sağlık hizmetleri için ayrılan pay değişik nedenlere (yaşlı nüfusun artışı, hızlı nüfus artışı, yeni teknolojiler vb…gibi) bağlı olarak giderek artmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde verilen hizmetin ve uygulanan tedavinin sonuçlarının ve maliyetinin değerlendirilmesi olarak tanımlanan “ Sağlık Ekonomisi ” nin amacı sağlık için yapılan harcamaların en yüksek düzeyde karşılığının alınmasıdır. Değişik analiz yöntemleri uygulanarak bunların belirlenebilmesi olasıdır.

10.2.2. Öneriler

1- Sağlık ekonomisi içinde ilaç giderleri büyük bir oran tutmaktadır. Bunun takibi için ilacın üretiminden tüketimine kadar geçen her aşamada, bu maliyetlerin teker teker değerlendirilmesi ve bunun için de bazı standartların oluşturulması gerekmektedir.

2- Temel kavram olarak "akılcı ilaç kullanımı” adı altında oluşturulacak standartlar ve bunların takip yöntemleri ülkemizde artmış ilaç giderleri ve bunların sonuçlarının objektif ölçüler içinde değerlendirilmesine imkan verecektir.

3- Bu alanda ilacın yararının, risklerinin ve ilaçla tedavinin topluma ve hastalık seyrine olan etkilerinin değerlendirilmesi, ilacın kullanımındaki yanlışların objektif ölçüler içinde ortaya konmasını sağlayacaktır.

4- Hastanelerde standartların oluşturulması ve takibinde çok yarar sağlayacak bir kurum olan “ klinik eczacılık ” kavramının biran evvel gündeme getirilmesi uygun olacaktır. Bu sayede gün geçtikçe piyasaya sürülen ve kullanılan ilaçların sayılarının artması ile birlikte yoğunlaşan sorunları öngörmek, saptamak ve gelecekte oluşacak zararları en aza indirmek mümkün olacaktır. Bu sayede genel bütçeden sağlığa ayrılan payın büyük bir kısmını

kapsayan tedavi hizmetlerinin maliyetinin azaltılması sağlanacak ve böylelikle zaten kısıtlı olan kaynakların daha akılcı biçimde kullanılması mümkün olacaktır.

5- Gerek ilaç izlemi, gerek ilaçların kalite kontrollerinin yaygınlaştırılması, bu hizmetlerin Sağlık Bakanlığı denetiminde desantralize edilerek bölgesel merkezlere de kaydırılması ilacın üretiminden tüketimine kadar her kademede kontrolünü sağlamada yardımcı olacaktır.

11. TÜRKİYE'NİN GENEL KAN POLİTİKASI ve ORGAN NAKİLLERİ

11.1. GİRİŞ

Ülkemizde kanın toplanması, işlenmesi, dağıtılması ve kullanıcıya uygun şartlarda ulaştırılabilmesi uzun yıllardır aksaklıklarla ve yetersiz olarak yürütülmektedir. Son on yıldan bu yana kemik iliği transplantasyonu gibi gelişmiş tedavi seçeneklerini hastalarımıza sunulabilen ülkemizde, trafik kazası gibi acil kan transfüzyonu yapılması gereken durumlarda gerekli kan ürünlerinin bulunamaması bu konudaki çarpıklığı gözler önüne sermektedir.

11.2. MEVCUT DURUM-SORUNLAR

- Yeterli sayıda kan uygun şartlarda toplanamamaktadır.
- Kan vericileri sağlıklı olarak takip edilememektedirler. Bazı durumlarda gönüllü kan verme yerini maddi çıkarlara bırakmaktadır. Çoğu zaman ise kan takas sistemi ile sağlanabilmektedir (kan alabilmek için yerine kan vermek).
- Toplanan kanlarda ülke genelinde standardizasyon yoktur.
- Bu kanların sağlıklı olduğunun gösterilmesi amacıyla yapılan testlerde standardizasyon yoktur.
- Toplanan bu kanların uygun şekilde işlenmemesi nedeniyle içlerinde bulunan plazma ve trombosit gibi son derece pahalı kan ürünleri israf edilmektedir. Bu nedenle bu ürünler çok büyük meblağlar karşılığında ithal edilmektedir.
- Kanın hastaya ulaştırılmasından sonra oluşabilen yan etkiler takip edilememektedir.

11.3. ÖNERİLER

1- Kanı insanlardan alacak, işleyecek ve dağıtacak büyük çaplı bölgesel kan merkezleri, işlevini özel sektöre bırakmalıdır. Kar amacı gütmeyecek olan bu türlü organizasyonlara yasalarca izin verilmesi kan toplama işini kolaylaştıracağı gibi maliyetleri de belirgin ölçüde düşürecektir.

2- Sağlık Bakanlığına bu konuda düşen görev, yapacağı denetimleri özellikle bu merkezler üzerinde yoğunlaştırmaktır.

3- Bu tür büyük çaplı merkezlerin kurulma, yönetilme ve çalışma kuralları önceden Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenmeli ve yürürlüğe konulmalıdır. (Amerika Birleşik Devletleri, New York eyaletinde olduğu gibi tüm ülke genelinde de bu problemlerini yukarıda belirtildiği şekilde 50 yıl önce çözüme ulaştırmıştır).

11.4. BÖLGESEL KAN MERKEZLERİNİN SAĞLAYACAĞI YARARLAR

- Donör toplanması ve kan komponentlerinin elde edilmesi çok daha profesyonel bir ekip tarafından yapılabilecektir.
- Kan toplama işi tek elden sağlanmış olacak ve bu şekilde her türlü ürünün standardizasyonu sağlanabilecektir.
- Donörleri tek bir kuruma yönlendirmek çok daha kolay olacaktır.
- Donörler tek bir kurum tarafından muayeneden geçirilecek, bu şekilde bazı hastanelerimizde yapılmayan ve infeksiyoz testlerden çok daha önemli olan donör muayenesi yapılmış olacaktır.
- Toplanacak bu kanlarda yapılacak olan her türlü testler tek bir kurum tarafından yapılmış olacak ve her hastanenin bu testleri yapması için gerekli olan donanım için harcama yapması gerekmeyecektir.
- Hastane kan merkezleri bölgesel merkezlerden kan temin etmeleri onların donör temin etme konusundaki yüklerini büyük ölçüde hafifletmiş olacak ve bu sayede kan bankacılığının diğer temel konuları ile ilgilenme fırsatı temin etmiş olacaklardır.

- Tek elden yapılacak olan bu testler fazla sayılarda yapılacağından birim test ücretinde önemli ölçüde tasarruf sağlanmış olacaktır.
- Daha ucuza elde edilmiş kan ürünleri sağlanmış olacak ve kan komponenti fiyatlarında çok büyük ölçüde ucuzlama gözlenecektir.
- Çok sayıda laboratuvar teknisyeni ve hemşireye iş olanağı temin edilmiş olacaktır.
- Elde edilecek kan komponentleri tek merkez tarafından toplanacağı için, bu ürünlerin toplu olarak değerlendirilmeleri mümkün olabilecektir (örneğin, taze donmuş plazmanın plazma fraksinasyon ünitelerinde değerlendirilmesi kolaylaşacaktır).
- Sağlık Bakanlığının bu konuda denetleyeceği merkez sayısı azalmış olacaktır.

Yukarda belirtilen çözüm önerileri özetlenecek olursa;

1. Kan Bankacılığı ve Transfüzyon Tıbbı ihtisas dalı haline getirilmeli ve ülkemiz için bu alanda faydalı olacak insangücü arttırılmalıdır.

2. Bölgesel kan merkezleri kurulmalıdır ve kan toplama ve işleme işi Kızılay'ın tekelinden çıkarılmalıdır.

3. Gerekli kanun değişikliği sağlanarak (2857 sayılı Kan ve Kan Ürünleri Kanunu) kan toplama ve işleme işi belirli kurallar ve hacimler doğrultusunda kar amacı gütmeyecek özel kuruluşlara bırakılmalıdır.

11.5. KAN VE KEMİK İLİĞİ TRANSPLANTASYONU

11.5.1. Giriş

Kemik iliği transplantasyonu (KİT) bu asrın ortalarında ortaya atılan ve son 30 yılda uygulanması hızla artan önemli bir tedavi yaklaşımıdır. KİT ile nakledilmesi hedeflenen unsurların yani hematopoietik hücrelerin başka kaynaklarının da (periferik kan, kordon kanı gibi) keşfedilmesi ile "hematopoietik kök hücre transplantasyonu (HKHT)" isimlendirilmesi ön plana geçmiştir. HKHT; kemik iliğinin hastalıklı olup değişmesi gereken durumlarda, kemik iliği yetmezliği hastalıklarında, kemik iliği toksisitesi sebebi ile yeterince yüksek dozda antikanser tedavinin verilemediği kanserlerde, kemik iliğinde yapılan ve sonra tüm organlarda yer alan hücrelerin varlığından istifade ederek metabolik hastalıklara sebep olan hücresel

bozuklukların giderilmesi durumlarında, içerdiği immün sistem elemanlarından faydalanılarak kanser ve kanser dışı hastalıkların baskılanması ve yok edilmesi amacıyla ve gen tedavisi işleminde kullanılmaktadır.

11.5.2. Mevcut Durum - Sorunlar

Ülkemizde 17 merkezde uygulanan HKHT'nun toplam sayısı Mayıs 1999 itibariyle 1155'tir. Avrupa Kemik İliği Transplantasyon Birliği'nin (EBMT) kayıtlarına göre Avrupa'da 1998 yılı itibariyle total kan kemik iliği transplantasyonu sayısı 18105'dir. Bu sayının yüzde 33'ünü lösemili hastalar, yüzde 40'ını lenfomalı hastalar, yüzde 22'sini solid tümörlü hastalar yüzde 5'ini ise malign olmayan hastalar oluşturmaktadır. Hastalık oranları benzer olmak üzere aynı yıla ait Türkiye sayısı bunun yüzde biridir. Uygulamaların ve sonuçlarının dünya standardında olması ve bunların büyük gayretlere rağmen çok kısıtlı altyapı ve imkanlarla gerçekleştirilmiş olması sevindirici olsa da bu sayı Avrupa ve dünyadaki uygulamalara göre çok düşüktür. Hastalıkların nüfusa göre oranı aynı kaldığı ve endikasyonların değişmediği göz önüne alındığında, nüfusu bizimkinden çok az olan ve transplant uygulamasının rasyonel olarak yapıldığı bazı Avrupa ülkelerine örnek olarak; 1998'de Belçika'da 26 merkezde 588, Çek Cumhuriyeti'nde 10 merkezde 388, Fransa'da 80 merkezde 2891, Almanya'da 101 merkezde 3559, İsrail'de 5 merkezde 355, İtalya'da 88 merkezde 2779, İngiltere'de 53 merkezde 2100 kemik iliği nakli yapılmış iken, Türkiye'de EBMT'ye o zaman kayıtlı olan 15 merkezden bildirilen transplant sayısı 253'tür.

Ülkemizde bu konuda gelişmiş ülkelerin standardında bilgi ve görgü birikimi olan deneyimli ekipler vardır. Kemik iliği nakli, bazı ülkeler için bir döviz kaynağı durumuna gelmiştir. Gerek o ülkelerin ekonomik özellikleri, gerek arz ve talep kanunlarına göre ticari anlayışla hareket edilmesi, ülkemizdeki maliyetinin çok üstündeki fiyatları ortaya çıkarmaktadır. Ülkemizde en son tekniklerle ve çok tecrübeli bir ekibin takibi ile en az gelişmiş ülkedekilerle aynı kalitede gerçekleştirilebilecek bu hizmet için yurt dışına döviz çıkmaktadır. Maalesef bu konuda yeterli bilgiye sahip olmayan basınımız da çoğu zaman yanlış yönlendirmeye alet olmaktadır. Standardize edilmiş bir endikasyonla, konvansiyonel denilebilecek tarzda yapılan bir HKHT'nun maliyeti ülkemizde 20.000 USD civarında iken, bu rakam İngiltere ve Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) bunun 10 misline ulaşmaktadır. ABD'de 250 milyon nüfus için 500'ün üzerinde transplant yatağı mevcuttur. Ülkemizde ise neredeyse tüm bölgelere transplant konusunda hizmet veren ve toplam transplantasyonun yarısına yakının yapıldığı Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hematoloji Bilim Dalı Kan ve

kemik İliği Transplantasyon Ünitesi toplam 6 yatakta yılda 80 civarında transplantasyonu büyük bir özveri ile çalışan ekibi ile gerçekleştirmektedir.

Organ transplantasyonunun aksine hematopoetik dokuların naklinde alıcı ve verici arasında doku uyumu çok gereklidir. Son yıllarda dünya ülkeleri arasında gönüllü kemik iliği vericileri ağı oluşturularak dokuların paylaşımı yoluna gidilmiştir. Kardeşten nakil şansı olmayan bireylerde bu uluslararası veri kayıt sistemleri aracılığı ile dokuları benzer vericiler temin edilebilmektedir. Dünyada doku tiplendirmesindeki teknolojik gelişmelere elektronik iletişimdeki kolaylıklar eklenince daha önce hayal bile edilemeyecek tedavi olanakları ortaya çıkmıştır. Bu amaçla ülkemizde kemik iliği nakli merkezleri ile doku tiplendirmesi yapan kuruluşların standardizasyonu ve iletişiminin artırılması desteklenmelidir.

11.5.3. Öneriler

1- Kardeş sayısının azlığı veya kardeş dışındaki doku uyumu olan kişilerin bulunamaması gibi faktörler nakil şansına sahip birey sayısını azaltmaktadır. Buna karşılık göbek kordon kanı bu amaç için kemik iliği kadar etkilidir. Yurdumuzda doğurganlık oranı birçok ülkeden yüksektir ve doğum sırasında göbek kordon kanı atılarak ziyan edilmektedir. Kordon kanının toplanıp bankada depolanması ve yıllar boyunca saklanması mümkündür. Ulusal bir zenginliğimiz olan kordon kanının bu amaçla bankada saklanılması ve transplantasyonda kullanılması kardeşten kemik iliği nakli şansı olmayanlara bir ümit kapısı aralayacaktır. Bu konuda ülkemizde başlatılan girişimlerin desteklenmesi gereklidir.

2- HKHT en zor organ naklidir. Bu zorluk işlemin bizzat kendisine ait teknik zorluk ve teknolojinin yakından takibi gerekliliğinin yanı sıra, yerleşik başarının elde edilmesinin ve komplikasyon riski azalmasının yılları bulduğu işlem sonrası dönemde takibi yapılabilecek; deneyimli doktorların mevcudiyetinin, sağlam ve komplike bir laboratuar desteğinin, kan ve kan ürünleri ile aferez ürünlerini elde edip işleyebilecek ve depolayabilecek teknik ve kapasite yeterliliğinde bir transfüzyon ve aferez ünitesinin, bilgi ve deneyimli bir hemşirelik desteğinin gerekliliğinin de sonucudur.

3- "British Committee for Standarts in Hematology Task Force" grubu tarafından hazırlanarak Clin. Lab. Haem. Dergisinin 1995'e 17 numaralı sayısında yayınlanan raporda tüm kan ve kemik iliği transplantasyonu şekillerinin uygulandığı birimlerde " dördüncü seviye bakım" yapılması gerektiği belirtilmektedir. Bu seviyedeki gerekli ekipmanın özellikleri

aşağıda özetlenmiştir (rakamlar her dört transplant yatağı için gerekli olan sayıyı belirtmektedir):

- **Odalar:** Tek kişilik. Özel mutfaklı serviste. Refakatçi iletişiminin ayrı bölümlerde yapılabilmesine imkan verir şekilde tasarlanmış. Allojeneik transplantasyondan sonraki bir yıl içinde yatma durumlarında yeterli gelecek sayıda. Tercihan laminar hava akımı veya HEPA filtrasyonu içeren. İntravenöz pompa,oksijen, aspiratör, resüssitasyon gereçleri barındıran.

- **Hastane:** Hızlı santral venöz girişimin yapılabileceği. Göğüs hastalıkları ve bronkoskopi, dializ. Yoğun bakım imkanları, nutrisyon ekibi, anestezi, cerrahi, dermatoloji, farmakoloji, mikrobiyoloji, psikiatri, bilgisayarlı tomografi ve nükleer manyetik rezonans inceleme imkanları olan.

- **Laboratuar:** Rutin biyokimya ve mikrobiyolojik incelemelerin yapılabildiği. Kan siklosporin ve busulfan düzeyleri gibi ilaç ölçümlerinin yapılabildiği. Tam kapasite hematoloji ve kan transfüzyonu özelliklerine sahip. Sitokimyasal tekniklerin uygulanabildiği, sitogenetik analizlerin ve immünofenotiplendirmenin yapılabildiği. Histopatoloji, moleküler biyoloji, viroloji, hücre kültürü, kryobiyoloji, otomatik kan kültürü sistemi üniteleri barındıran. Kan ve kemik iliğinde hücre düzeyinde aseptik manipülasyonları yapmak için ekipman barındıran. Donör kök hücrelerinin klonojenik kapasitelerini, viabilitelerini ve sterilite durumunu değerlendirerek kalite kontrol ölçümlerinin yapılabildiği. Doku tiplendirilmesi analizlerinin yapılabildiği.

- **Radyoterapi Ünitesi:** Total vücut ışınlamasının yapılabildiği.

- **Tıbbi Ekip:** Yirmi dört saatlik bakımı idame ettirecek en azından iki hematoloji uzmanı ve iki eğitimde veya yetişmiş transplant doktoru. Akraba olmayan vericiden yapılan transplantları gerçekleştiren merkezlerdeki hematoloji uzmanlarının allojeneik transplantasyon konusunda en az beş yıl deneyime sahip olmaları gerekmektedir. Bunun dışında en azından üç adet asistan seviyesinde ve günlük rutin takibi idame ettirecek eleman.

- **Hemşirelik:** Allojeneik transplantasyonlar konusunda en az altı aylık deneyime sahip olmak.

- **Eczane:** Spesifik ünite eczacısı olmalı. Santral sitotoksik ilaç, hematopoietik büyüme faktörleri, antimikrobiyal ajanlar ve antiemetiklerin idamesi sağlanabilmeli.

- **Destek Hizmetleri:** Hücre ayrımı yapabilmeli.

- **Kan Transfüzyonu:** Kan ve kemik iliği ünitesinde görevli hematoloji uzmanlarından bir tanesi kan transfüzyonu konusunda özel eğitim almış olup, klinik ve laboratuar transfüzyon hizmetinden sorumlu olmalıdır. Kan ve gerekli kan komponentleri ile ürünlerinin desteği 24 saat sağlanabilmelidir. CMV seronegatif ve gamma ışınlamalı kan ürünleri hazırlanabilmelidir. Kök hücrelerinin toplanması, işlenmesi ve depolanması ile ilgili işlemler yapılabilmelidir.

4- Avrupa Kemik İliği Transplantasyon Birliği'nin (EBMT) şart koştuğu; mikrobiyolog, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı, fizik tedavi uzmanı, psikoterapi uzmanı, veri kayıt görevlisi tahsisi gerekmektedir.

Deneyimli doktorların mevcudiyetinin, sağlam ve komplike bir laboratuar desteğinin, kan ve kan ürünleri ile aferez ürünlerini elde edip işleyebilecek ve depolayabilecek teknik ve kapasite yeterliliğinde bir transfüzyon ve aferez ünitesinin, bilgi ve deneyimli bir hemşirelik desteğinin transplantasyon ünitelerinin gerekli altyapı ve tecrübeyi sağlayamadan oluşturulmasındansa, kökleşmiş ve bu niteliklere sahip kuruluşların desteklenmesi ve kapasitelerinin artırılması daha rasyonel ve verimli olacaktır. “The American Society of Hematology (ASH)” ve “The American Society of Clinical Oncology (ASCO)” tarafından belirlenen kriterlere göre transplantasyon işleminin güvenli ve başarılı bir şekilde gerçekleştirilmesi için bir transplant ünitesinde yılda en azından; tek tip (otolog veya allojeneik) transplantasyon yapılıyorsa 10, iki tip yapılıyorsa 20 (her birinden 10’ar tane) transplant gerçekleştirilmeli, yukarıda özetlenen imkanlar hazır olmalı, transplant eğitimi almış hekimler çalışmalı, ilgili uzmanlık dallarından geniş bir spektrumdaki uzmanlara ulaşılabilmeli, transplant eğitimi almış hemşireler, en az iki hastaya bir hemşire düşecek sayıda mevcut olmalıdır .

5- Çoğu kısa bir süre önce ümitsiz olan ölümcül bir çok hastalığa kesin çare niteliğinde olan, çok gerekli ve çok özel bu uygulama ile ilgili faaliyet gösteren merkezlerin desteklenmesi, gerekli altyapılarının sağlanması gerekmektedir. Halkın da bu konuda eğitimi için aynı merkezlerden yardım alınarak gerekli organizasyonlar yapılmalıdır.

11.6. KALP, AKCİĞER ve KALP-AKCİĞER NAKİLLERİ

11.6.1. Mevcut Durum-Sorunlar

- Organ nakli ve bağışlar konusunda toplum yeterince bilgilendirilememektedir.
- Hastanelerin acil servislerinde beyin ölümü olasılığı olan hastaların yeterince takip ve tedavileri yapılamamaktadır.
- Transplantasyon yapılan merkezlerde hastaların ücret sorunları vardır.
- Harvest ekiplerinin donörün bulunduğu hastanelere ulaşımında ve organ taşınmasında sorunlar (şehirlerarası ulaşımlarda ekiplerin çoğunun tarifeli uçak seferleriyle gidip gelmesi ve hatta bu durum bazen donör organının ulaşım sorunları nedeniyle alınamamasına neden olmaktadır) vardır. Transplantasyon olayı ülkemizde her aşamada özellikle hekimlerin aşırı özverisiyle gerçekleşmektedir. Bir taraftan hekimlik dışı birçok işle de uğraşmak zorunluluğu diğer taraftan da bir çok olumsuz koşulla sürekli mücadele etmek , özellikle organ nakillerinin çoğunlukla mesai saatlerinin dışında yapılması bu konudaki eforların azalmasına neden olmaktadır.
- Devlet kurum ve kuruluşlarında etkili bir organizasyonun yapılmamış olması ve eforların hala bireysel uğraşılar halinde kalmasına neden olmaktadır.
- Maddi olanaksızlıklar vardır.

11.6.2. Öneriler

1. Toplumu bilinçlendirici ve organ donasyonuna teşvik edici eğitim çalışmaları yapılmalıdır.

2. Konu medyada sürekli gündemde tutulmalıdır.

3. Acil hastaların ve trafik kazazedelerinin yoğun olarak geldiği hastanelerin acil servisleri malzeme ve techizat yönünden yeterli hale getirilmeli ve donör yönetimi konusunda eğitimli ve deneyimli ekipler bu hastanelerde istihdam edilmelidir.

4. Transplantasyon için özellikle büyük illerde 24 saat açık olan bürolar-merkezler oluşturulmalı ve hastanelerdeki beyin ölümlerinin bu merkezlere rapor edilmesinin zorunlu hale getirilmelidir. Bu merkezlerde görevli transplantasyon koordinatörü ve sosyal

görevlilerin bildirim aldıkları hastanelere giderek gerekli organizasyonları yapmaları sağlanmalıdır.

5. Ulaşım sorunları çözülmeli ve harvest ekiplerinin hızlı ve güvenli bir şekilde ulaşımları gece gündüz sağlanabilmelidir.

6. Alıcıların bütün bilgileri merkezi sistemlerde toplanmalı ve organ dağılım ve paylaşımları bu merkezi sistem tarafından sağlanmalıdır. Bu konuda hali hazırda bu görevi ciddiyetle ve özveriyle yürüten Organ Nakli Paylaşım ve Koordinasyon Derneği desteklenmeli ve yetkilendirilmelidir.

11.7. RENAL TRANSPLANTASYON

11.7.1. Giriş

Böbrek nakli (renal transplantasyon) son dönem böbrek yetmezliğinde (üremi) uygulanan tedavi yöntemlerinden birisidir. Diyaliz uygulamalarına göre, hastalara daha uzun ve daha kaliteli bir yaşam sağlamasının yanı sıra, uzun vadede diyaliz tedavilerinden daha ekonomik bir tedavi yöntemidir. Bu sebeple renal transplantasyon üremik hastalarda seçkin tedavi biçimidir. Renal transplantasyon ile ilişkili sorunlar tüm dünya ülkelerinde olduğu gibi ülkemizde de mevcuttur. Bunlar arasında diğer ülkelerle ortak olanların yanı sıra, ülkemize özgü sorunlar da bulunmaktadır. Bu sorunların saptanması ve çözümü hem hastalarımıza daha iyi bir yaşam sağlayacak, hem de ülkemiz ekonomisine çok önemli katkılar sağlayacaktır.

11.7.2. Mevcut Durum-Sorunlar:

Renal transplantasyon, nakledilen böbreğin vericisine (donörüne) göre; canlı akraba, canlı akraba olmayan, kadavradan (beyin ölümü-tıbben ölmüş bireylerden), ve kalp atımı olmayan donörlerden olmak üzere dört şekilde yapılmaktadır. Gelişmiş batı ülkelerinde en çok uygulanan şekli kadavradan renal transplantasyondur. Ancak, bu ülkelerde sağlanabilen kadavra organlarının hasta sayısına göre yetersiz kalması sebebi ile, son zamanlarda canlı akraba ve akraba olmayan donörlerden transplantasyon özendirilmekte ve yaygınlaşmaktadır. Japonya gibi bazı ülkelerde ise, daha çok dini inanışlar sebebi ile, kadavra yerine kalp atımı olmayan donörler tercih edilmektedir.

Renal transplantasyon, yirminci yüzyılın ikinci yarısında yapılmaya başlanmış ve gün geçtikçe daha yaygın bir şekilde uygulanmakta olan bir tedavi yöntemi olmakla birlikte, 21.

yüzyılın başında, henüz üremik hasta sayısını karşılayabilecek düzeye gelememiştir. Bu sebeple diyaliz tedavisi gereksinimi olan hastalarda, üreminin sebepleri arasında 3. sırayı, bir böbrek transplantasyonu yapıldıktan sonra bu böbreğin çeşitli sebeplerle kaybedilmesi almaktadır.

Ülkemizde, Türk Nefroloji Derneği 1997 verilerine göre; 10.000 hemodiyaliz hastası, 1.893 periton diyalizi hastası ve 2.024 renal transplantasyon hastası mevcuttur. Diğer bir deyişle, renal transplantasyon bekleyen 11.893 hasta mevcuttur.

Türkiye'de renal transplantasyon 25 yıldır başarı ile yapılan bir tedavi yöntemi olup, halihazırda 22 merkezde uygulanmaktadır. Transplantasyonların yüzde 85'i canlı, yüzde 15'i ise kadavra donörlerden yapılmaktadır. Ülkemizde kadavra organ teminindeki sorun, diğer dünya ülkelerinde olduğundan çok daha ileri boyutlardadır. Renal transplantasyon gereksinimi olan hastaların ancak 1/6'sına bu tedavi yöntemi uygulanabilmekte ve bu da daha çok canlı akrabalardan olabilmektedir. Diğer yandan her geçen gün yeni üremik hastalar ortaya çıkmakta ve transplantasyon gereksinimi olan hasta sayısı giderek artmaktadır. Kadavra organ teminindeki sıkıntı ve yetersizlik sonucu bir çok hasta yurt dışına gitmek zorunda kalmaktadır. Bu durum, hem ülkemiz ekonomisine büyük yükler getirmekte; hem de bir çok hastada daha ileri ve çözümü güç, yeni tıbbi sorunların ortaya çıkmasına yol açmaktadır.

Son yıllarda, ülkemizdeki bir çok transplantasyon merkezi "Organ Nakli Kuruluşları Koordinasyon Derneği" çatısı altında toplanmıştır. Bu derneğin çalışmaları sonucunda kadavradan transplantasyon sayısında anlamlı artışlar olması yanı sıra, merkezler arası organ paylaşımı sonucunda organların en uygun hastaya nakli ve böylelikle de uzun dönemde, organların nakledilen hastalarda daha uzun süre fonksiyon görebilmesi ve hastaların daha sağlıklı bir yaşama kavuşması sağlanabilmiştir. Bununla birlikte, ülkemizde son yıllardaki sağlanan tüm gelişme ve iyileşmelere karşın, renal transplantasyon, kalite açısından olmasa bile, sayıca henüz istenilen düzeylerin çok çok altındadır.

Bu konu ile uğraşan sağlık personelinin yeterli bilgi ve beceri birikimi mevcuttur. Diğer sağlık personeli ve halkımız bu konuda yeterince bilgili ve bilinçli değildir.

Ülkemizdeki kadavra donör potansiyeli yeterlidir. Ancak, ne yazık ki bu potansiyelin çok az bir kısmı donör olabilmektedir.

11.7.3. Öneriler

1- Renal transplantasyon uygulamalarının kalitesi iyileştirilmeli ve sayısı arttırılmalıdır.

2- Renal transplantasyonun daha yaygın bir şekilde uygulanabilmesi için, hem diğer sağlık personelinin, hem de tüm halkımızın bu konuda yeterince bilinçlendirilmesi ve eğitilmesi gerekmektedir.

3- Acil servis ünitelerinin iyileştirilmesi, kadavra donörü olabilecek bireylerin uygun tedavisi ve gerektiğinde transplantasyon merkezlerine kolaylıkla nakledilmesini sağlayacak önlemlerin alınması, kadavradan transplantasyon sayısının artmasını sağlayabilecektir.

4- Organ Nakli Kuruluşları Koordinasyon Derneği'nin çalışmalarının desteklenmesi, ülkemizdeki tüm transplantasyon merkezlerinin tek bir çatı altında toplanarak, organ paylaşımı, hekimlerin ve halkımızın eğitimi konusunda çalışmalara hız vermeleri gerekmektedir.

11.8. KARACİĞER TRANSPLANTASYONU

11.8.1. Giriş

Karaciğer nakli, öncelikle Amerika Birleşik Devletlerinde ve bunu takiben tüm dünyada 1980'lerin başından itibaren deneysel bir ameliyat olmaktan çıkarak değişik nedenlerle oluşan son dönem karaciğer yetmezliklerinin tedavisinde tek alternatif haline gelmiştir. Büyük oranda beyin ölümü gerçekleşen kadavra donörlerden alınan organlar sayesinde gerçekleştirilmektedir. Teknik olarak son derece güç bir ameliyat olmasına karşın ameliyat sonrasında uzun dönem sağkalım ve yaşam kalitesi mükemmele yakındır.

11.8.2. Mevcut Durum - Sorunlar

Gelişmiş ülkelerde tıp teknolojisinde elde edilen ilerlemelere paralel olarak ameliyatın başarısı da her yıl değişmektedir. Yeni kullanıma giren bağışıklık baskılayıcı ilaçların yardımı ile yüzde 90 üzerinde 1 yıllık sağkalım oranları elde edilmektedir. Türkiye'nin sahip olduğu eğitilmiş tıbbi personel bu konuda dünyaca ünlü merkezlerde eğitim görerek üniversitelerimize organ nakli programları başlatmışlardır. Öte yandan son yıllarda ülkenin

ekonomik düzeyindeki gelişmelere paralel olarak karaciğer transplantasyonu için gerekli teknolojik altyapı birçok üniversite, Sağlık Bakanlığı ve SSK hastanelerinde mevcuttur.

Karaciğer transplantasyonu esasen kadavra organ vericilerine bağlı bir tedavi yöntemi olduğu için Türkiye adına en büyük sıkıntı organ bulunmasında yaşanmaktadır. Dünyada her 1 milyon nüfusa oranlanarak ifade edilen kadavra organ sayısı 30/1000000 gibi bir oranla en yüksek İspanya'da bulunmaktadır. Türkiye'de 1998 ve 1999 yıllarında toplam 100 civarında kadavra organ vericisinden organ alınmıştır. Bu rakam İspanya'daki orana bakılacak olursa 60 milyon nüfuslu Türkiye'de olması gerekenin 1/20'sidir. Dolayısıyla mevcut kadavra organ kapasitesinin 1/20'si kullanılmaktadır. Bu nedenle organ talebinin çok az bir kısmı karşılanabilmektedir. Bu durum karşısında Türkiye hem kendi vatandaşlarının organ ihtiyacını karşılayamamakta hem de sahip olduğu insangücünün altında bir bilimsel performans göstererek rekabet özelliğini kaybetmektedir.

11.8.3. Öneriler

1- Türkiye'nin karaciğer naklinde 2001-2005 döneminde hedefi tamamen kadavra organ bulunması ile bağlantılıdır. Kadavra organ sayısının artırılması sadece yatırım ve maddi kaynak aktarımı ile gerçekleşemez. Gerekli yasal düzenlemeler ve eğitim çalışmaları ile birlikte götürülmelidir.

Kadavra organ vericisi sayısı bu dönem içerisinde 20/1000000 civarına çıkarılmalıdır. Böylece arz ve talep dengelenebilir. Organ nakli merkezleri, kadavra organların bulunmasına paralel olarak gerekli teknolojik altyapıyı kendiliğinden geliştireceklerdir.

2- Potansiyel organ vericileri yoğun bakım ünitelerinden çıkmaktadır. Bu nedenle organ vericisi bulunması tamamen yoğun bakım hizmetlerinin kalitesi ile ilgilidir. Ülke genelinde acil servislerden başlanarak çağdaş normlara uygun yoğun bakım üniteleri devreye sokulmalıdır. Organ nakli yapılmayan merkezlerde yoğun bakım ünitelerinde bulunacak olan kadavra organ vericilerinin beyin ölümü raporlarının düzenlenmesi için 2238 Sayılı Yasada belirtilen şartların oluşturulması gereklidir. Kadavra organ vericileri ülkenin her yanında eşit oranlarda oluşacağı için yoğun bakım ünitelerinin tüm ülke sathında yaygınlaşması gerekir.

Halen organ nakli merkezlerinin hiç bir kurum ve kuruluşta maddi kaynakları bulunmamaktadır. Organ naklinin doğasından ötürü oluşabilecek bazı harcamaların (örneğin özel uçak ile organ çıkarılmak için başka bir merkeze seyahat) bütçe karşılığı yoktur. Bu

amaçla organ nakli ile uğraşan klinik, ünite, anabilim ve bilim dalı gibi adlandırılan merkezlerin finansal yapıları güçlendirilmelidir.

3- Yasal düzenlemeler organ bağışını artırabilir. 2238 Sayılı Yasa organ alımını kadavranın birinci dereceden yakınlarının iznine tabi tutmaktadır. Bu konuda bir yasal düzenleme ile organ vericilerinin izin koşulu değiştirilebilir. Yakınlarını kaybedenlere devletin resmi kanallarla yapacağı yardımlar organ bağışını cazip hale getirebilir. Sivil toplum örgütlerinden organ bulunması ve paylaşılması konusunda profesyonel yardım alınabilir (örneğin, Organ Nakli Kuruluşları Koordinasyon Derneği).

4- Karaciğer ve organ nakli konusunda beş yıllık dönemde en önemli takip kriteri yıllık organ bağışı ve organ nakli sayısıdır. Bu beş yıl içerisinde öncelikle bazı pilot bölgeler oluşturularak bu bölgelerde hedeflere ulaşılmaya çalışılmalı ve daha sonra ülke genelinde uygulama yaygınlaştırılmalıdır.

12. TOPLU BESLENME HİZMETLERİ

12.1. GİRİŞ

Günümüzde toplu beslenmenin önemi giderek artmaktadır. Bu arada, hizmetten yararlananların sayısının artmasının yanı sıra, hizmet basamağında herhangi bir noktada oluşabilecek aksaklığın doğuracağı olumsuz sonuçlar (besin zehirlenmeleri, ölüm, ekonomik kayıp vb.) etkilidir. Tüketicilerin yeterli ve dengeli beslenmeleri ve halk sağlığı yönünden bu kadar önemli olan toplu beslenme hizmetlerine ülkemizde yeterince önem verilmemektedir.

12.2. MEVCUT DURUM-SORUNLAR

Konu ile ilgili yasa, tüzük ve yönetmeliklerde de gıda ile toplu beslenme hizmeti ürünü olan yemek birbirine karıştırılmaktadır. Bu nedenle de Toplu Beslenme Hizmetlerinin (TBH) yönetim ve denetiminden bu konuda eğitim almış meslek grubunun (diyetisyen) yetkileri yeterli olmadığı gibi, daha ziyade sadece gıda ile ilgili eğitim almış meslek grupları daha yetkili görünmektedir. Oysa ki toplu beslenme hizmetleri, hammadde olarak gıdayı kullanarak gıdanın satın alınmasından başlayan, gıdanın yemek haline gelinceye kadar depolama, hazırlama, pişirme, dağıtım ve servis, hijyen, mutfak ve yemekhane personelinin yönetimi, artıkların kaldırılması ve iş güvenliği gibi kapsamlı süreçleri içermektedir.

12.3. ÖNERİLER

Özellikle gelişmiş ülkelerde, besin zehirlenmeleri üzerinde önemle durulan bir halk sağlığı sorunudur. Bu ülkelerde, TBH ile ilgili toplam kalite yönetimi anlayışı çerçevesinde birçok önlemler alınmış ve standartlar geliştirilmiştir. Bunların başında hijyenle ilgili yaklaşım olan "Kritik Kontrol Noktalarında Tehlike Analizi" yönteminin uygulanması zorunlu hale getirilmiştir. TBH açısından uluslararası düzenlemelere uyum sağlayabilmek için konu ile ilgili standartların bir an önce geliştirilerek hayata geçirilmesi ve zorunlu hale getirilmesi gerekmektedir.

1- 28 Haziran 1995 tarih ve 560 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname ve buna bağlı olarak yayınlanan yönetmeliklerde “gıda” ile TBH ürünü olan “yemek” ayrımı yapılarak, TBH' nin yönetim ve denetiminden sorumlu yetkili meslek grubu iyi ayırt edilmelidir.

2- TBH' nde çalışacak mutfak ve yemekhane personelinin konu ile ilgili bir hizmet içi eğitim sertifika programında eğitilmiş olması koşulu aranmalıdır.

3- TBH verilen kuruluşlarda servis edilen yemeklerden yöntemine uygun olarak örnekler alınarak en az 48 saat saklanması zorunlu hale getirilmelidir.

4- Kuruluşlarda herhangi bir besin zehirlenmesi olduğunda vakanın Sağlık Bakanlığına bildirilmesi sağlanmalı ve konu ile ilgili olarak Sağlık Bakanlığında da dokümantasyon merkezi oluşturulmalıdır. Zehirlenen kişilerin kan örnekleri Hıfzıssıhhaya gönderilmelidir.

5- Hizmetin her aşaması ve fiziki koşullar için standartlar geliştirilmeli, bunlar tüm toplu beslenme hizmeti veren yerler için uygulanması zorunlu hale getirilmelidir.

13. KIRSAL ALANDA SAĞLIK ALTYAPISI

13.1. MEVCUT DURUM-SORUNLAR

BYKP' nın en önemli hedeflerinden biri sağlık hizmetlerinin yurt çapında hakkaniyet ölçülerine uygun bireylerin faydalanmalarını sağlayacak bir altyapı oluşturulmasına yönelik olmalıdır. Son nüfus sayımına göre nüfusumuzun yüzde 35'i köy ve kırsal alanda yaşamaktadır. Köy ve kırsal alandaki nüfusun devletin sağlık ve sosyal güvenlik

sistemlerinden daha az yararlandığı söylenebilir. Bu durum kişilerin bu imkanlardan ve iş imkanlarından daha fazla yararlanma amacıyla kentlere göçmesine neden olmaktadır.

13.2. ÖNERİLER

1- Kırsal alanda çevre sağlığı sorunlarının çözümüne ilişkin olarak, içme ve kullanma suyu temini, konut sağlığı , kişisel hijyen, tuvalet ve sıvı atıkların kontrolü, iş sağlığı ve güvenliği önlemleri alınmalı ve sosyal gelişme ve yaşam kalitesinin artırılması sağlanmalıdır,

2- Kişinin yaşlandığında hayatını refah içinde sürdürebileceği bir gelir düzeyine sahip olması ve sağlığı bozulduğunda başvurabileceği yeterli sağlık hizmetine erişmesi sağlanmalıdır,

3- Okullarda ya da kitle iletişim araçları yoluyla verilen eğitim sağlıklı yaşam tarzını teşvik edici yönde olmalıdır.

14. SAĞLIKTA KALİTE (ÇAĞDAŞ SAĞLIK HİZMETİ)

14.1. GİRİŞ

Kalite gereksinime uygunluk olarak tanımlanabilir. Sağlık hizmetlerinde kalite, sunulan hizmetler ile hasta gereksinimleri arasında yüksek düzeyde uyumluluk olarak ifade edilebilir. Sağlıkta kalite yönetiminin uygulanması finansman, kaliteli hizmet üretimi gibi düşüncelerin yaygınlaşması yanında sağlık kurumunun tüm organizasyon yapısında da değişiklikler gerektirecektir. Bu da müşteri (sağlık çalışanları ve hasta) memnuniyetinden elde edilebilen ilerlemeleri azaltmadan, bakım ve sağaltım maliyetini, hastanede yatma süresini, hizmetten yararlanmanın niceliği ve niteliğini belirleyecek, etkileyecek daha bir çok etmeni araştırarak, geliştirme girişimlerinin artırılmasını beraberinde getirecektir.

14.2. ÖNERİLER

1- Etkililik, verimlilik, hasta haklarının gerekleri sağlık hizmetlerinin her kademesinde ölçülmelidir.

2- Hasta haklarının gerekleri, gereksinime uygun hizmet dağılımı ile hasta-sağlık çalışanı arasındaki her türlü iletişim etik kurallar çerçevesinde olmalıdır.

3- Kaynak israfının çözümü ise, durum analizi ile gereksinim duyulacak olmazsa olmaz malzeme, cihaz ve insangücünün fizibilite çalışmaları yapılması sonrası kaynağın nereye harcanacağının planlanması ile olasıdır.

4- Sağlık kurumlarının yönetim biçimi yeniden gözden geçirilmelidir. Ülkemizde sağlık hizmeti veren kuruluşların sayısal değerler yanında, hatta ondan daha fazla kalite yönetimine önem vermeleri, bu konuda gerekli eğitimleri almaları ve bir an önce hayata geçirme çabalarına girişmeleri, çağdaş sağlık hizmeti sunmanın vazgeçilmez unsurlarıdır.

5- Her ne kadar ülkemizin toplumsal ve kişisel sağlık sorunlarının büyük bir kısmı topluma sunulacak koruyucu sağlık hizmetleri ile çözümlenebilecek nitelikte olsa da her zaman gereksinim duyulan tedavi edici sağlık hizmetlerinin hedefi de halkımıza kaliteli, erişilebilir, hasta haklarına saygılı ve güler yüzlü hizmet sunmak olmalıdır.

6- Bunun yerine getirilebilmesi için sağlık hizmetlerinin niteliğinin yükseltilmesi ve etkinleştirilmesi amacı doğrultusunda finansman, yönetim, organizasyon, insangücü, hizmet arzı ve mevzuatlar yeniden düzenlenerek, tüm vatandaşları kapsayacak tek bir sağlık sigortası sistemine kavuşturulması, sağlık sisteminin yeniden düzenlenmesi ve temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilerek daha geniş vatandaş kitlesine bedelsiz olarak sunulması gerekir.

7- Sağlık kuruluşlarının reorganizasyonu ile çok başlılıktan arındırılarak sağlıkla ilgili sorumlu tek kurum Sağlık Bakanlığı olacak şekilde yapılanmaya gidilmelidir.

8- Hastane ve diğer sağlık kuruluşlarının reorganizasyonu ile:

- ⇒ Konusunda eğitim almış sağlık personelinin görev aldığı geriatri sağlık ve danışma merkezleri ile evde bakım servisleri oluşturulmalıdır.
- ⇒ Multidisipliner uzman kadronun yer aldığı merkezler (tanı-tedavi-rehabilitasyon amaçlı) oluşturulmalı, düzenli ve kolay randevu alabilme sistemi geliştirilmelidir.
- ⇒ Adölesan sağlık merkezleri oluşturulmalı, çalışan çocuk ve sokak çocuklarının sığınacakları üniteleri kapsamalıdır.

⇒ Kronik hastalıklar (diabet, hipertansiyon, astım, romatizmal hastalıklar gibi) için hasta danışma, tanı, izleme, eğitim merkezlerinin en küçük sağlık kuruluşlarında bile oluşturulmalıdır.

⇒ Özürlü sağlığı ve danışma merkezleri ile özürlülerin yaşamlarını kolaylaştıran altyapılar oluşturulmalıdır.

⇒ Adli tıp merkezlerinde analiz laboratuarları ve personel konusunda reorganizasyona gidilmelidir.

9- Zehirlenme ve ilaç danışma hatlarının yaygınlaştırılması ve etkinleştirilmesi sağlanmalıdır.

BÖLÜM - V

SAĞLIKTA FİNANSMAN VE MALİYET

ALT KOMİSYONU RAPORU

1. GİRİŞ

Sağlık sektörü , sağlık elde etmek ve toplumu sağlıklı kılmak amacını gerçekleştirmek üzere, çok geniş bir alanı kapsayan sağlıkla ilgili mal ve hizmet türündeki her türlü ürünü üretmek ve tüketmek üzere kurulan sistem ve alt sistemler ve bunların içinde yer alan kişi, kurum, kuruluş, statü, ürün vb. unsurların tümünü belirtmek için kullanılan genel ve kapsayıcı bir kavramdır. (A. Erdal Sargutan, Türk Sağlık Sektörünün Yapısı, 1993, s.3)

Sağlık sektörünün başlıca ürünleri ise aşağıdaki gibi sınıflanabilir (A.Erdal Sargutan, Türk Sağlık Sektörünün Yapısı, 1993, s.7-8) :

- Üst kademe sağlık yönetimi hizmetleri,
- Sağlık insangücü eğitimi hizmetleri,
- Koruyucu sağlık hizmetleri,
- Yataklı tedavi hizmetleri,
- Ayaktan tedavi hizmetleri,
- Poliklinik ve muayenehane hizmetleri,
- Laboratuvar hizmetleri,
- İlaç, aşı, serum vb. üretim ve satış hizmetleri,
- İlaç dağıtım hizmetleri,
- Eczane hizmetleri,
- Tıbbi cihaz ve tıbbi malzeme üretim ve satışı,
- Ortez ve protez üretim ve satışı,
- Ambulans hizmetleri,
- Adli tıp hizmetleri,
- Hudut ve sahiller sağlık hizmetleri,

- Sağlık güvenliği hizmetleri .

Ülkemizde sağlık sektörünün finansal yapısı aşağıdaki ekonomik kavramlar ile kısaca tanımlanabilir (A. Erdal Sargutan, Türk Sağlık Sektörünün Yapısı, 1993, s. 23-29) :

Sağlık Sektörü Talep Sistemi : Sağlık Sektöründe üretilen mal veya hizmet türündeki sağlık ürünlerini talep eden ve tüketenlerden oluşur. Talep sistemi içerisinde Sağlık Bakanlığı, MSB, diğer kamu kuruluşları ve üniversiteler, KİT'ler, yerel yönetimler, Sosyal Hizmet ve Çocuk Esirgeme Kurumu, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu, Yeşil Kart vb. kuruluşlar, Emekli Sandığı, SSK ve Bağ-Kur gibi sosyal güvenlik kuruluşları, özel sağlık sigortaları, dernekler (Kızılay), azınlıklar, cemaatler ve bireysel tüketiciler yer almaktadır.

Sağlık Sektörü Arz Sistemi : Sağlık sektöründe her türlü mal ve hizmet üreten ve bireysel veya kurumsal tüketicilere arz eden birimlerden oluşur. Kamu finansmanı kaynaklı olan arz kuruluşlarına; Sağlık Bakanlığı, diğer bakanlık ve kuruluşlar, MSB, üniversite, KİT'ler, Sosyal Hizmet ve Çocuk Esirgeme Kurumu, il ve ilçe özel idareleri, yerel yönetimler ve diğer birimlere bağlı sağlık kuruluşları örnek olarak verilebilir. Özel finansman kaynaklı hizmet arz kuruluşlarına ise; yerli ve yabancı özel teşebbüsler, SSK, yardım ve hayır kuruluşlarına (Kızılay, çeşitli dernekler, azınlıklar, cemaatlar, ve vakıflara) bağlı sağlık kuruluşları örnek olarak verilebilir.

Sağlık Sektörünün Finansman Kaynakları : Ülkemizde sağlık sektöründe üretilen hizmetler için kullanılan finans kaynakları; genel vergiler, özel veya tahsisli vergiler, resim ve harçlar, fon gelirleri, iç ve dış borçlar ve yardımlar, döner sermaye gelirleri, il ve ilçe özel idare gelirleri, yerel yönetim gelirleri ve sigorta primleri ve sağlık amacı ile toplanan yardımlar vb.den oluşmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 1998 yılı itibariyle 191 üye ülkesi ve 2 asosiye üyesi arasında 1998 yılında yaptığı bir değerlendirme ile üye ülkeleri; en azgelişmiş ülkeler (48 ülke), en azgelişmiş ülkeler hariç gelişmekte olan ülkeler (97 Ülke), geçiş dönemindeki ekonomiler (22 Ülke), gelişmiş piyasa ekonomileri (26 Ülke) olmak üzere 4 gruba ayırmıştır. Bu sınıflama, kişi başına gayrı safi yurtiçi hasıla, yaşamda takviyeli fiziksel kalite endeksi (doğumda yaşam beklentisi, beslenme, eğitim göstergeleri vb.) ve ekonomik çeşitlenme endeksine bağlı olarak yapılmış olup Türkiye'nin bu sınıflamadaki yeri "en az gelişmiş ülkeler dışındaki gelişmekte olan ülkeler" arasında yer almaktadır. (Dünya Sağlık Raporu 1998, s.246)

Bu sınıflamaya esas teşkil eden "yaşamda takviyeli fiziksel kalite endeksi (APQL)" sağlıkla ilgili kimi göstergeleri de kapsamakta olup, ülkemizin bu sınıflamada en azından "geçiş dönemindeki ekonomiler" düzeyine gelebilmesi için sağlık ile ilgili göstergelerinde beklenen iyileştirmeleri sağlayacak yatırımları gerçekleştirmesi gerekmektedir. Bu yatırımlar ise ancak ilgili sağlık yatırımlarını karşılayacak doğru finansal kaynakların, yeteri düzeyde ve zamanında sağlanmasına ve etkili biçimde kullanılmasına bağlıdır ki; finansman biliminin temel amacı da budur.

Sağlık sektörü ile ilgili makro düzeyde finansman, sağlık sektöründe sunulan tüm sağlık hizmetleri ile ilgili harcamaların hangi kaynaklardan (kamu veya özel) ve nasıl karşılanacağına ve bu kaynakların ilgili sağlık yatırımlarına yeterli düzeyde, miktarda, zamanında ve etkili bir biçimde yönlendirilmelerine ilişkin ilke ve esasları içeren bir kavramdır.

Mikro düzeyde finansman ise, her düzeydeki sağlık işletmelerinde, sağlık hizmetlerinin üretimi ve pazarlaması için ihtiyaç duyulan fonların sağlanması, bu fonların yatırımlara yönlendirilmesi ve oluşan gelir veya karların dağıtımı ile ilgili bir dizi karar ve işlemi içeren bir fonksiyondur.

İster makro, ister mikro düzeyde olsun sağlık sektörünün finansmanı nedeniyle sağlanan kaynakların, hakkaniyet ölçüleri ile tüm ülke düzeyinde eşit biçimde, etkili, verimli, ekonomik nitelikte sağlık hizmeti üretecek ve ülkemiz sağlık göstergelerini çağdaş ülkeler düzeyine yükseltecek bir biçimde kullanılması da sağlık sektörü finansmanının temel amacı olması gerekir.

Sağlık hizmetlerinin finansmanı konusunda temel hedef ise 21. yüzyıl için belirlenen "üye ülkelerin eşit, ulaşılabilir, maliyet-etkili, dayanışma ve optimum kalite ilkelerini temel alan sağlık hizmetleri için sürdürülebilir finansman ve kaynak tahsisi mekanizmalarına sahip olması" olarak ele alınmalıdır. Özellikle, sağlık hizmetleri ile ilgili harcamaların nüfusun ihtiyaçlarına uygun olarak yapılması, kaynakların sağlık üzerine etkisi, maliyet-etkililik ve mevcut bilimsel kanıtlar dikkate alınarak sağlığın geliştirilmesi ve korunması, tedavi ve bakım arasında tahsis edilmesi, sağlık hizmetleri için finansman sistemlerinin genel kapsayıcılığı, dayanışmayı ve sürdürülebilirliği garanti etmeyi ilke edinmesi gereklidir.

2. MEVCUT DURUM VE SORUNLAR

2.1. MEVCUT DURUM

2.1.1. Dünyadaki Durum

Ülkeler sağlık sistemlerini finanse ediş açısından yaygın olarak başvurulan yöntemlere göre üç gruba ayrılabilirler.

1. Temel olarak vergilemeye dayanan ülkeler,
2. Sosyal güvenceye dayanan ülkeler,
3. Devlete ait bütçe fonlarının merkezi planlama esasına göre normatif biçimde dağıtıldığı ülkeler. (Dünya Sağlık Raporu 1998, s.168)

Sağlık hizmetlerinin finansman biçiminde siyasal tercihler ve sosyal hedefler rol oynarlar. Kimi ülkelerde sağlık harcamalarının büyük bir bölümü doğrudan devlet bütçesinden karşılanırken (İngiltere ve Bağımsız Devletler Topluluğu gibi), kimi ülkelerde genel bütçe imkanları yanında katma bütçe ve mahalli idareler kaynaklarından yararlanılır (İsveç gibi). Bazı ülkelerde ise sağlık hizmetleri dolaylı katkılar dışında genel bütçe ile ilgilendirilmeyip kişinin sağlığını koruma ve geliştirmede sorumluluk taşıması gereğinden hareket edilerek çalışan ve çalıştıranın katkıları ile finansmanı yolu seçilmiştir (Batı Avrupa ülkeleri gibi).

Sağlık hizmetleri finansman sistemleri benzer bir biçimde Kamu Yardımı Sistemi, Sağlık Sigortası Sistemi ve Sosyalleştirme sistemi olarak da bir sınıflamaya tabi tutulabilir.

Kamu yardımı sisteminde yeterli mali gücü olmayanlar için sağlık hizmetlerinden yararlanma karşılığında ücret alınmaz. Belirli bir mali gücü olanlar ise sigortalanırlar. Vergi ve sigorta yoluyla finansmanın birleştirilmiş biçimi olarak görülür.

Sağlık sigortası sistemi genellikle sanayileşmiş batı ülkelerinin tercih ettiği bir finansman biçimi olup, pek çok ülkede de kısmen uygulanan bir finansman biçimidir. Sistemin esası riskin sigortalılar tarafından paylaşılmasına dayanır. Kişiler ödeme güçlerine göre sisteme prim ödeyerek katkıda bulunurlar ancak sağlık hizmetlerinden ödenen prime bakılmaksızın ücretsiz veya kısmen ücretli olarak yararlanırlar.

Sosyalleştirme sistemi, ulusal sağlık sistemi veya Beveridge modeli olarak da anılır. Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin tamamı devlet tarafından vergilerle finanse edilir. İngiltere ve eski doğu bloğu ülkelerinin tercih ettiği bir finansman biçimidir. (Savaş Yıldırım, Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi 1994, s.15-16)

Sağlık hizmetlerinin sigorta primleri ile finanse edilmesi usulü Bismark modeli olarak anılır ve uygulamanın en başarılı örneği olarak Almanya gösterilir.

Almanya'da kamu sağlığı sigortası, geliri belirli bir düzeyin altında olanlar ve tarımda kendi adına çalışanlar için zorunludur. Serbest çalışanlar ile geliri belirli bir düzeyin üstünde olanlar için sağlık sigortası isteğe bağlıdır. Almanya'da 2000 civarında sağlık kuruluşu bulunmaktadır.

Fransa'da ise Ulusal Sağlık Sigortası Nüfusun yaklaşık olarak yüzde 99'unu kapsamaktadır. Hasta hekimini kendisi seçer. Sigorta sistemi, hastalar tarafından hekime direkt ödeme ve sağlık sigortası tarafından masrafın belli bir kısmının iade edilmesi temeline dayanmaktadır. Finansman, çalışanın ve işverenin primleri ile sağlanır ve açıklar devlet tarafından karşılanır.

Dünya ülkelerinden zengin olan yüzde 18'inin sigorta yoluyla sağlık hizmeti sağladığı, yaklaşık yüzde 32'sinin bütçe kaynaklı milli sağlık hizmeti sisteminden yararlandığı, geri kalan yüzde 50'sinin ise sosyal yardımlar biçiminde sağlık hizmetinden yararlandığı bildirilmektedir. (Prof. Dr. R. Dirican, VII. BYKP Sağlık Özel İhtisas Komisyonu Raporu, 1993, s. 54)

Dünya ülkelerinin ekonomik yapıları sağlık sistemlerinin finansman biçimlerini belirlemekte etkili olmaktadır. Bu nedenle aşağıda değişik ülkelerin temel ekonomik göstergeleri tablolar halinde verilmiştir. Tablolar ülkemizin ekonomik göstergelerinin bulunduğu düzeyi gösterme ve ekonomi bilimi içinden doğan finansman disiplinine ilişkin kavramların algılanması açısından önem arz etmektedir.

Tablo 1 : Kişi Başına Gayrı Safi Yurtiçi Hasıla (SGP $)

	1996	1997
Dünya Ortalaması	5.966	6.123
Gelişmiş Piyasa Ekonomileri	21.995	22.497
Geçiş Dönemindeki Ekonomiler	4.012	4.062
Gelişmekte Olan Ülkeler	3.147	3.282
En Az Gelişmiş Ülkeler	1.132	1.159
Türkiye	6.070	6.712

Kaynak : Dünya Sağlık Raporu 1998, s.131
Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 1998, s.134.

Ülkemiz gelişmekte olan ülkeler arasında yer almasına rağmen, GSYİH açısından bu grubun iki kat üzerinde bir değere ulaşmıştır. Ancak, GSYİH endeksindeki bu durum, diğer göstergeler olan yaşamda takviyeli fiziksel kalite endeksi (doğumda yaşam beklentisi, beslenme, eğitim göstergeleri vb.) ve ekonomik çeşitlenme endeksine yansımadığı için ülkemiz gelişmekte olan ülkeler arasında yer almaktadır.

Sağlık sektörünün finansal yapısını gösteren üç temel gösterge bulunmaktadır. Bunlar ülkelerin toplam sağlık harcamaları, toplam sağlık harcamalarının gayri safi yurtiçi hasılaya oranı ve kişi başına düşen sağlık harcamalarıdır. Aşağıda bu üç temel verinin 1997 yılına ait değerleri (parasal olanları ABD Doları cinsinden olmak üzere) birleşik bir tablo halinde verilmiştir :

Tablo 2 : OECD Ülkeleri 1997 Yılı Sağlık Harcamalarına İlişkin Temel Göstergeler

Ülkeler	Toplam Sağlık Harcamaları (Milyon $)	Toplam Sağlık Harcamalarının GSYH'ya Oranı (yüzde)	Kişi Başına Sağlık Harcaması (ABD $)
Avustralya	33.609	8,3	1.818
Avusturya	16.256	7,9	2.003
Belçika	18.493	7,6	1.816
Kanada	55.533	9,3	1.837
Çek Cumhuriyeti	3.724	7,0	361
Danimarka	12.610	7,7	2.391
Finlandiya	8.571	7,3	1.668
Fransa	137.564	9,9	2.348
Almanya	219.942	10,4	2.677
Yunanistan	8.422	7,1	803
Macaristan	2.966	6,5	291
İzlanda	599	8,0	2.217
İrlanda	4.848	7,0	1.324
İtalya	87.084	7,6	1.515
Japonya	309.407	7,3	2.453
Kore	18.448	4,0	410
Lüksemburg	1.098	7,1	2.609
Meksika	18.987	4,7	193
Hollanda	30.821	8,5	1.975
Yeni Zelanda	4.973	7,6	1.352
Norveç	11.544	7,4	2.472
Polonya	7.165	5,3	185
Portekiz	8.020	8,2	807
İspanya	39.450	7,4	994
İsveç	19.685	8,6	2.225
İsviçre	25.655	10,2	3.584
İngiltere	85.738	6,7	1.457
A.B.D.	1.095.100	14,0	4.090
Ortalama	81.654	7,8	1.709
Türkiye	6.878 (96)	3,8 (96)	110 (96)

Kaynak :OECD Health Data ' 98 (E.Üresin)
Mehmet Tokat, Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1992-1996 (Türkiye'ye ait 96 Yılı Değerleri,) ,s.68-70.

Toplam sağlık harcamaları açısından ele alındığında ABD'nin, Türkiye'nin GSYH'nın yaklaşık 7 katı, Fransa'nın ise ülkemiz GSYH'na eşit tutarda bir sağlık harcaması yaptığı görülmektedir.

Ülkemiz toplam sağlık harcamalarının GSYH'ya oranı açısından da gelişmiş ülkeler ortalamasının yaklaşık yarısı düzeyinde olduğu, ABD'nin ise ¼ ü oranında bir paya sahip olduğu anlaşılmaktadır.

Kişi başına düşen sağlık harcamaları göstergesi açısından ise gelişmiş ülkeler arasında mukayese kabul etmeyecek düzeyde, yaklaşık 17 kat düzeyde bir farklılık izlenmektedir ki bu fark belki de sağlık hizmetlerine ayrılan payın ülkeler arası mukayesesinde en çarpıcı göstergedir.

2. Türkiye'nin Bu Alandaki Yeri ve Mevcut Durumun VII. BYKP Hedefleri ile Karşılaştırılması

Ülkemizde planlı kalkınma dönemine geçildikten sonra hazırlanan planlarda sağlık sektörünün finansmanı ile ilgili olarak getirilen ilkeler ve öncelikler aşağıda tablolar halinde verilmiştir.

Tablo 3 : Planlı Kalkınma Dönemlerinde Sağlık Sektörünün Finansmanı ile İlgili İlkeler ve Öncelikler

	BEŞ YILLIK KALKINMA PLANLARI						
İLKELER	**I**	**II**	**III**	**IV**	**V**	**VI**	**VII**
Özel sektörün hastane kurmasının teşvik edilmesi.....	+	+			+	+	
Özel kesimin sağlık sektöründeki faaliyetlerinin özendirilmesi.....							+
Hastanelerin döner sermayeli kuruluş haline getirilmesinin .araştırılması.....	+						
Yerli İlaç Sanayiinin Teşviki	+	+					
Sağlık sigortası kurma çalışmalarına öncelik verilmesi.....	+						
Maliyetleri rasyonelleştirmek üzere hastane hizmet arzında standart tespiti.....		+					
Genel Sağlık Sigortasına kademeli olarak geçilmesi.....		+	+		+		
Mevcut sağlık sigortasının yaygınlaştırılması					+	+	+
İlaç sanayiinin kamunun denetiminde olması ve hammadde ür. yurt içinde olması...			+				
Sağlık sisteminin finansman boyutunun yeniden yapılandırılması.....							+
Hizmet sunumu ve finansmanın birbirinden ayrılması.....							+
Kamu kaynaklarının maliyet etkili koruyucu sağlık hizmetlerine yönlendirilmesi.....							+
Hastanelerin idari ve mali özerkliğe kavuşturulması.....							+
Hastanelerin maliyet tabanlı fiyatlamaya gitmesi ve devlet sübvansiyonlarının kademeli olarak kaldırılması.....							+
ÖNCELİKLER							
Sağlık finansman kurumu yasasının çıkarılması				+			
İlaçların kalite, miktar ve fiyat denetimlerinde devletin sorumlu olması.....			+				

Kaynak : VII BYKP Sağlık Özel İhtisas Komisyonu Raporu 1993, s. 29-30.
VII BYKP 1995, s.45-48

Yukarıda tüm plan dönemlerini içerecek şekilde verilen ilkeler VII. BYKP açısından ele alındığındaki aşağıdaki görünüm ile karşılaşılmaktadır :

Mevcut sağlık sigortasının yaygınlaştırılması konusunda, sağlık hizmetleri açısından sigorta kapsamındaki nüfusun oranı 1998 yılı sonu itibariyle yüzde 78,6 olmuştur (VII. BYKP 2000 Yılı Programı, s.41). VII. BYKP dönemi başında yüzde 60 civarında olan bu orandaki gelişmeler özellikle yeşil kart uygulamasının bütün eleştirilere rağmen sağladığı katkılarla birlikte yüzde 85'lere ulaşmıştır.

Sağlık sistemi finansman boyutunun yeniden yapılandırılması ile ilgili olarak değişik isimler altında yasa taslakları hazırlanmış, ancak VII. BYKP döneminde hazırlanan tasarıların yasalaşması sağlanamamıştır.

Hizmet sunumu ve finansmanının birbirinden ayrılması ilkesi bir takım yasal düzenlemeleri içerdiğinden, bu alanda yasa tasarısı taslağı hazırlandığı halde VII. BYKP döneminde konu ile ilgili somut bir gelişme bugüne dek gerçekleşmemiştir.

Özel kesimin sağlık sektöründeki faaliyetlerinin özendirilmesi ile ilgili teşviklere VII. BYKP döneminde de devam edilmiş, toplam hasta yatağı kapasitesi içindeki özel sektörün payı yüzde 6.6 ya ulaşmıştır. Özel sektörünü daha çok poliklinik, laboratuvar ve teşhis merkezi ağırlıklı hizmet vermekte olduğu görülmektedir. (VII. BYKP 2000 Yılı Programı, s.41).

Ülkemizdeki sağlık harcamalarına yönelik olarak Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı isimli kaynağa göre sağlık harcamalarının çeşitli açılardan görünümü aşağıda cari yıl TL ve ABD $ cinsinden tablolar halinde verilmiştir :

Tablo 4 : Toplam Sağlık Harcamaları ve Dağılımı (Milyar TL)

Harcamalar	1992	1993	1994	1995	1996
Kamu Sek. Sağ. Harcamaları	**27.830**	**49.053**	**96.726**	**184.669**	**400.496**
Özel Sektör Sağlık Harcamaları	13.662	27.714	43.496	75.882	161.348
Toplam Sağlık Harcamaları	41.492	73.767	140.222	260.551	561.844

Kaynak : Mehmet Tokat, Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1992-1996, s.59.

Tablo 5 : Toplam Sağlık Harcamaları ve Dağılımı (Milyon ABD $)

Harcamalar	1992	1993	1994	1995	1996
Kamu Sek. Sağ. Harca.	**4.041**	**4.465**	**3.256**	**4.043**	**4.827**
Özel Sektör Sağlık Harca.	1.984	2.250	1.464	1.661	1.945
Toplam Sağlık Harcamaları	6.024	6.715	4.721	5.704	6.772

Kaynak : Mehmet Tokat,Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1992-1996, s.60

Toplam sağlık harcamalarının yaklaşık yüzde 70'i kamu sektörü, yüzde 30'u ise özel sektör tarafından gerçekleştirilmektedir.

Belirtilen sağlık harcamalarının sağlık hizmetlerine göre sınıflandırılmış tutarları ise aşağıda cari yıl TL tutarları ve ABD $ tutarları ile birlikte aşağıda verilmiştir:

Tablo 6 : Toplam Sağlık Harcamalarının Sınıflandırılması (Milyar TL)

Hizmetler	1992	1993	1994	1995	1996
Koruyucu Sağlık Hiz.	**896**	**1.190**	**1.557**	**2.461**	**4.926**
Ayaktan Tedavi Hizmetleri	26.218	48.075	91.929	163.906	359.918
Yatarak Tedavi Hizmetleri	10.460	19.055	37.648	75.044	162.264
Diğer (Eğt./Med.Sos.) Harc.	3.917	5.445	9.087	19.139	34.734
Toplam Sağlık Harcamaları	41.492	73.767	140.222	260.551	561.844

Kaynak : Mehmet Tokat, Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1992-1996, s.61.

Tablo 7 : Toplam Sağlık Harcamalarının Sınıflandırılması (Milyon ABD $)

Hizmetler	1992	1993	1994	1995	1996
Koruyucu Sağlık Hizmetl.	**130**	**108**	**52**	**54**	**59**
Ayaktan Tedavi Hizmetleri	3.807	4.377	3.095	3.588	4.338
Yatarak Tedavi Hizmetleri	1.519	1.735	1.267	1.643	1.956
Diğer (Eğt./Med.Sos.) Harc.	569	496	306	419	419
Toplam Sağlık Harcamaları	.024	6.715	4.721	5.704	6.772

Kaynak : Mehmet Tokat, Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1992-1996, s.61.

Tablolar incelendiğinde toplam sağlık harcamalarının yaklaşık yüzde 64'ünün ayaktan tedavi hizmetlerinde, yüzde 29'unun yatarak tedavi hizmetlerinde, yüzde 6'sının eğitim ve mediko sosyal hizmet benzeri diğer sağlık hizmetlerinde, yüzde 1'inin ise koruyucu sağlık hizmetlerinde tüketildiği görülmektedir.

Yukarıda belirtilen sağlık harcamalarının finansman kaynakları ise yine cari yıl TL ve ABD $ tutarları ile aşağıda verilmiştir.

Tablo 8 : Toplam Sağlık Harcamalarının Finansman Kaynakları (Milyar TL)

Finansman Kaynağı	1992	1993	1994	1995	1996
Vergiler	**19.119**	**34.436**	**64.460**	**12.249**	**242.371**
Sigorta Primleri (ES dahil)	9.376	16.168	33.738	70.657	141.704
Cepten Ödemeler	12.996	23.163	42.024	77.644	177.768
Toplam Finans.Kay.	41.492	73.767	140.222	260.551	561.844

Kaynak : Mehmet Tokat, Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1992-1996, s.63

Tablo 9 : Toplam Sağlık Harcamalarının Finansman Kaynakları (Milyon ABD $)

Hizmetler	1992	1993	1994	1995	1996
Vergiler	**2.776**	**3.135**	**2.170**	**2.457**	**2.921**
Sigorta Primleri (ES dahil)	1.361	1.472	1.136	1.547	1.708
Cepten Ödemeler	1.887	2.109	1.415	1.700	2.143
Toplam Finansman Kay.	6.024	6.715	4.721	5.704	6.772

Kaynak : Mehmet Tokat, Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1992-1996, s.64

Finansman kaynakları açısından ele alındığında, sağlık hizmetlerinin yaklaşık yüzde 43'ünün vergilerden, yüzde 25'inin sigorta primlerinden ve yüzde 32'sinin ise cepten yapılan ödemelerden karşılandığı görülmektedir.

1998 Yılı itibariyle 63.921.000 olan ülke nüfusumuzun yüzde 12,8'i (8.208.000 kişi) Emekli Sandığı, yüzde 54.4'ü (34.831.000 kişi) Sosyal Sigortalar Kurumu, yüzde 20,5'i (13.112.000 kişi) Bağ-Kur, yüzde 0,5'i (318.000 kişi) Özel Sandıklara bağlı olarak sosyal sigorta kapsamında bulunmaktadır. Toplam Sosyal sigorta kapsamındaki nüfus 56.419.000 olup, genel nüfusa oranı yüzde 88,3 'tür. Sosyal Sigorta kapsamındaki nüfusun sağlık sigortası hizmetinden yararlanan kısmının sayısı ise 50.221.000 olup, bunun genel nüfusa oranı ise yüzde 78,6'dır. (VII. BYKP, 2000 Yılı Programı, 1999, s.116)

Nüfusun yüzde 78'inin sosyal güvence kapsamında bulunmasına rağmen, kişisel olarak cepten yapılan harcamaların yüzde 32 gibi büyük bir miktara yükselmesi dikkat çekicidir. Sosyal güvenlik kapsamındaki kişiler bile bazı sağlık harcamalarını cepten finanse etmektedirler.

Sağlık sektörünün temel faaliyetlerinden birisi olan ilaç endüstrisine ilişkin harcamalar da yukarıdaki tablolarda olduğu gibi cari yıl TL ve ABD $ tutarları ile aşağıdaki tablolarda gösterilmiştir :

Tablo 10 : Toplam İlaç Harcamaları (Milyar TL)

Harcama Kaynakları	1992	1993	1994	1995	1996
Kamu	**5.521**	**10.546**	**27.217**	**55.627**	**129.620**
Özel	6.528	10.865	16.975	22.921	18.100
Toplam İlaç Harcamaları	11.780	24.411	44.193	78.548	147.721

Kaynak : Mehmet Tokat, Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1992-1996, s.65

Tablo 11 : Toplam İlaç Harcamaları (Milyon ABD $)

Harcama Kaynakları	1992	1993	1994	1995	1996
Kamu	**802**	**960**	**916**	**1.218**	**1.562**
Özel	909	989	571	502	218
Toplam İlaç Harcamaları	1.710	1.949	1.488	1.720	1.780

Kaynak : Mehmet Tokat, Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1992-1996, s.65

Tablolar ilaç harcamalarında kamunun ağırlığının hızlı ve sürekli bir biçimde arttığını göstermektedir. Bu oran kamu harcamaları lehine 1992 Yılında yüzde 47, 1993 yılında yüzde 49, 1994 yılında yüzde 62, 1995 yılında yüzde 71 olmuş ve 1996 yılında da yüzde 88'e yükselmiştir. Özel harcamaların ise dönem başında yüzde 53 olan oranı, 1996 yılında yüzde 12'ye düşmüştür.

2.2. SORUNLAR

VII. BYKP uygulaması sonucunda yukarıda genel hatları ile çizilen tabloya göre karşı karşıya olduğumuz sağlık sektöründe finansman sorunları aşağıda belirtilmiştir :

- Dünya ölçeği ile karşılaştırdığımızda ülkemizde sağlık hizmetleri için GSYH bazında ayrılan tutar yetersizdir. Gelişmiş ülkelerde ortalama 1828 $ olan tutar ülkemizde 110 $ civarındadır. Bu tutar ile gelişmiş ülkeler düzeyinde bir sağlık hizmeti üretimi mümkün değildir.

- Genel bütçe ölçeği ile kamu tarafından sunulan hizmetler için bütçeden ayrılan pay (1989-1998 arası ortalama yüzde 3.6) yetersizdir. Batı Avrupa ülkelerinde yüzde 10

civarında olan oran göz önüne alındığında bu durum makro ekonomik verimsizlik olarak nitelendirilebilir.

- Bütçenin kıt kaynaklarından sağlık hizmetlerine ayrılan pay verimsiz olarak kullanılmaktadır.

- Kamu sağlık kaynaklarının yönetimi bozuktur. Kaynakların yönetimi ile ilgili kararlar ülke gerçeklerine göre değil siyasi tercihler doğrultusunda alınmaktadır.

- Kamu kuruluşlarına bütçeden sağlık hizmeti için ayrılan payların büyük bölümü, insangücü açısından arz ve talep düzensizliği nedeniyle (l998 Yılı fiyatlarıyla yüzde 88'i) personel giderlerine harcanmakta, ancak bu giderlerin verimli olarak kullanılıp kullanılmadığına dair hiçbir performans göstergesi bulunmamaktadır.

- Sağlık hizmetlerinin finansmanı konusunda bilgi eksikliği ve eldeki bilgilerde dublikasyonlar mevcuttur. Bu nedenle sağlık sektöründeki finansman sorununun büyüklüğü ve gerçek durumu tam olarak saptanamamaktadır.

- Toplam sağlık harcamalarından hizmetlere ayrılan paylar incelendiğinde maliyet etkililiği en yüksek hizmet olan, yani en az yatırımla en etkili çıktı sağlanabilecek olan koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılan pay olağanüstü düşük ve yüzde 1 oranında gerçekleşmektedir. Bu oranın düşüklüğü nedeniyle ayaktan ve yatarak verilen sağlık hizmetlerine yapılan harcama tutarları olağanüstü düzeyde artmaktadır .

- Ayaktan teşhis ve tedavi hizmetinin verileceği birinci basamak sağlık hizmetlerine yönelik planlama ve hizmet sunumunun yetersizliği nedeniyle bu kuruluşlar verimli çalıştırılamamaktadır. Bu durum da yataklı tedavi hizmetlerinin maliyetlerini olumsuz yönde etkilemektedir.

- İlaç harcamalarında kamu sektörünün finansman payı olağanüstü düzeyde yükselmiş olup (1998 de yüzde 88) bu oran son 5 yılda giderek de artış eğilimi içerisine girmiştir. Gelişmiş ülkelerde tüm sağlık hizmetleri için harcanan paranın yüzde 15'i ilaç tüketimini oluştururken ülkemizde bu pay sosyal güvenlik kuruluşu harcamaları içinde yüzde 50'yi aşmış durumdadır. Örneğin Bağ-Kur'da bu oran 1998 yılı harcamaları itibariyle yüzde 64, Emekli sandığında 1999 yılı harcamaları itibariyle yüzde 55'e

ulaşmış durumdadır. Her üç reçetenin birinde antibiyotikler yer almakta, reçete başına ortalama 3.5 kalem ilaç yazılmaktadır.

- Sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı (Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Sigortalar Kurumu başta olmak üzere) kamu sağlık kurumlarında bir arada yürütülmekte ve bu durum ilgili kuruluşların yönetim fonksiyonlarını (planlama, örgütleme, yürütme ve denetim) faaliyetlerini verimsiz olarak yürütmelerine neden olmaktadır.

- Ülkemizde sağlık harcamaları; Genel Bütçe, Emekli Sandığı, Sosyal Sigortalar Kurumu, Bağ-Kur ve Özel Sigorta ve Sağlık Sandıkları tarafından karşılanmaktadır. Bu kuruluşların 1998 yıl sonu itibariyle sağlık sigortası kapsamına aldığı nüfusumuzun genel nüfusa oranı yüzde 78,6 dır. Halen nüfusumuzun yüzde 21,4'ü sağlık sigortası kapsamında değildir.

- Emekli Sandığı, diğer sosyal güvenlik kuruluşlarından farklı olarak 5434 sayılı Kanunun 139. Maddesi gereğince genel sağlık sigortası uygulamasına geçilinceye kadar; emekli, malûl, dul ve yetimler ile emekli ve malûllerin bakmakla yükümlü oldukları aile bireylerinden hiçbir pirim almadan sağlık hizmeti vermektedir. Bu tür ödemelerin tutarı hemen her yıl yüzde 100 oranında artış göstermekte olup, 1999 yılı cari fiyatlarıyla Emekli Sandığı'ndan ödenen sağlık yardımları tutarı 360 trilyon TL.na ulaşmıştır.

Ülkemizde bugün için sosyal sağlık güvencesi konusunda sağlanan yardımlar yönünden eşit ve rasyonel bir sistemden söz etmek mümkün değildir. Çeşitli kanallarla kişilere sağlanan yardımlar arasında norm birliği bulunmamakta ve farklı uygulamalar yapılmaktadır.

- Genel Sağlık Sigortası kuruluşu ile ilgili çalışmalar, asli görevi sigortacılık olmayan Sağlık Bakanlığı tarafından üstlenilmiş ve mevzuat taslakları Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanmaktadır.

- Genel sağlık Sigortasına geçilememesinin yarattığı en önemli sorunlardan birisi de hemen tüm vatandaşların şikayet ettiği hekim ve hasta arasındaki para ilişkisinin yarattığı sorunlardır. Hekim ve hasta arasında cereyan eden ve çoğunlukla da kayıt dışı ekonomi içerisinde kalan bu ilişki hem ülkenin sağlıkla ilgili finansal göstergelerini

bozmakta, hem de bu ilişki yüzünden sağlık imkanlarının adaletsiz kullanımına yol açmaktadır.

- Sağlık sektöründe kamuya ait olan kaynaklar ve işgücü, kişilerin özel kazançları için kullanılmaktadır. Kamuya ait hastane yatakları kişisel kazanç sağlamak amacıyla özel olarak kullanılmaktadır. Ayrıca kamuda çalışan nitelikli personel gücü (hekim-hemşire-teknisyen vb.) part-time veya mesai dışı çalışma biçiminde özel sektör tarafından, kayıt dışı ekonomi içerisinde ucuz işgücü olarak kullanılmaktadır.

- Yataklı tedavi hizmeti sunan hastaneler sağlık hizmetleri finansal kaynaklarından en büyük payı almalarına rağmen, hasta memnuniyeti açısından sundukları hizmetler her zaman ileri derecede eleştirilen kurumlar durumundadırlar. Hizmet sunumundaki verimsizlik, zorluklar ve kalite ile ilgili sorunlar nedeniyle yeterli hasta tatmini sağlanamamaktadır.

- Günümüzde sağlık hizmetlerinin sunumu ile ilgili olarak Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatının yaptığı ve genellikle de şekil şartlarına uyuma dayalı olarak yapılan bir denetim sistemi bulunmaktadır. Ancak, bu denetim yeterli olmamakta, her kademede sağlık hizmetleri sunan kuruluşların hizmet sunuş biçimleri, sağlık kuruluşlarının fiziksel imkanları ve çıktılarını genel kabul görmüş standartlara göre sürekli ve etkili bir biçimde denetleyerek kuruluşları akredite edecek bir müessese bulunmamaktadır.

- Sağlık sektörü için tıbbi cihaz araç gereç ve malzeme üreten veya ithal eden firma sayısı hızla artmakta, artışa paralel olarak sağlık sektöründe çok değişik kalite, standart ve fiyatla satışa sunulan malzeme kullanımı ile karşı karşıya kalınmaktadır. Malzeme kullanımı konusunda kişisel tercihler, tıbbi standartların bulunmaması gibi nedenlerle kaynakların ekonomik olmayan biçimde kullanımı ile karşı karşıya kalınmaktadır.

- İlaç, tıbbi malzeme ve cihaz gibi sağlık girdilerinin üretimlerinin yapıldığı işletmelerin sermaye yapısı yeterli olmayıp, sektör yeterince teşvik görmemektedir. Devlet, üniversite ve sağlık endüstrisi içinde yer alan işletmeler arasında iş ve hedef birliği bulunmamaktadır.

- Giderek artan ortalama yaşam, yaşlanan nüfus, doğuştan sakatlıklar, özürlüler, post-operatif bakım gibi nedenlerle rehabilitasyon hizmetlerinin önemi giderek artmaktadır. Uzun süreli ve yüksek maliyetli bir hizmet olan rehabilitasyon hizmetlerine yeterince önem verilmemektedir. Rehabilitasyon hizmet maliyetleri ve protez/ortez malzemelerinin ödenmesi açısından kuruluşlar arasında farklı ödeme biçimleri bulunmaktadır. Sağlık sigortalarının uzun süreli rehabilitasyon hizmeti maliyetlerini karşılamaları çok zor görülmektedir.

- Sağlık hizmetleri yönetiminde yer alan üst düzey yöneticiler; genel yönetim, sağlık yönetimi, finansal yönetim, işletmecilik, hukuk vb. türde eğitim almadan sektörde yönetim fonksiyonlarını yürütmektedirler. Sağlık sektöründe çoğunlukla hekim nosyonlu yöneticiler üst düzey yönetimde yer almakta, sağlık yönetimi konusundaki bilgilerini uzun yıllar çalıştıktan sonra tecrübe yoluyla kazanmakta ve yönetim fonksiyonlarını işletme ve yönetim bilimindeki bilimsel gelişmeleri yeterince takip edemeden icra etmektedirler. Bu durum zaten kıt olan finansal kaynakların, verimsiz biçimde tüketilmesine neden olmaktadır.

- Sağlık sektörü ile ilgili yatırımların planlanması aşamasında fizibilite etütlerine yeterince önem verilmemektedir. Bu da yatırım araçlarının, ve sağlık kuruluşlarının ülke çapında dengesiz dağılımına ve zamanında tamamlanamamasına neden olmaktadır. Sağlık yapılarına yönelik özgün bir mimari tarzın gelişmemiş olması işletmecilik açısından kullanım ve finansal kayıplara yol açmaktadır.

- Kamu hastane kuruluşlarının yönetsel ve finansal açıdan özerkliği bulunmamakta, bu durumda hazırlanan bütçeler verilecek hizmetleri sınırlayıcı olmakta, bu nedenle genel mali sistem içinde verdikleri hizmetler verimsiz olarak yürütülmekte ve hemen her plan döneminde yönetimlerinin profesyonelleştirilmesi genel ilke olarak kabul edilmiş olmasına rağmen, hem genel yönetim sistemlerinde hem de finansal yönetim sistemlerinde bir profesyonelleşme sağlanamamıştır.

- Kamu hastane kuruluşlarının finansal yöneticilerinin nitelikleri genel mali yasalarla (1050 Sayılı Yasa vb.) belirlendiği için, ita amiri, tahakkuk memuru ve saymanlar gibi finansal yöneticilerin bilimsel yeterlilik, tecrübe ve kişisel yeterlilik gibi genel kriterleri, hastane işletmelerinde finansal hizmet yürütümüne yetmeyecek kadar düşük

düzeyde bulunmaktadır. Bu durum da finansal hizmetlerin yürütümünde verimsizlik ve aksaklıklara yol açmaktadır.

- Kamu sağlık hizmetlerinin sunumunu ilgilendiren mali mevzuat (Muhasebe-i Umumiye Kanunu, Devlet ihale Kanunu, Döner Sermaye Kanunları, Ayniyat Talimatnamesi vb. mevzuat) günün şartlarına uymamakta, finansal yönetimin yürütme fonksiyonunu aksak olarak gerçekleştirmesine neden olmaktadır. Diğer sağlık kuruluşlarını ilgilendiren mali mevzuatlarda da benzer sorunlar bulunmaktadır.

- Ülkemizin hastaneler de dahil, sağlık hizmeti verilen kuruluşlarının çoğunda verilen hizmetlerin maliyet boyutu göz önüne alınmamaktadır. Maliyet çalışmaları için gerekli olan yeterli, güvenilir ve karşılaştırılabilir bilgiler sağlayan enformasyon sistemleri ya yoktur veya son derece yetersizdir. Çoğu sağlık kuruluşumuzda Yönetim Muhasebesi, Maliyet Muhasebesi, Maliyet Analizi vb. iç denetim birimleri bulunmamaktadır.

- Sağlık kuruluşlarında verilen sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin bilinmemesi nedeniyle fiyatlama işlemleri, bilimsel olmayan kriterlere göre yapılmaktadır. Genelde sadece ilk madde ve malzeme fiyatları maliyetlere girdi olarak katılmakta, memur/işçi ücretleri ile genel üretim giderlerinin maliyetlere etkisi hiç göz önüne alınmadan fiyatlama yapılmaktadır. Bu durum hastane gelirlerini olumsuz olarak etkilemekte, gerçek maliyetin yaklaşık yüzde 70-80 altında bir fiyatla hastaneler çalışmaya sevk edilmekte ve aradaki fark büyük ölçüde devlet tarafından genel bütçe kanalı ile sübvanse edilmek zorunda kalınmaktadır.

- Stoklara ilişkin enflasyon muhasebesi tekniklerinin uygulanamaması maliyetleri ve dolayısıyla fiyatlamayı olumsuz etkilemektedir.

- Hastane işletmelerini yaklaşık yüzde 60 kapasite ile çalışmaktadır. Bu durum maliyetlerde istenmeyen artışlara yol açmaktadır. Talebi yüksek olan hastanelerde tek vardiya ile hizmet sunulması kapasitenin düşmesi yanında, tetkik ve tedavi sürelerini uzatarak hastane maliyetlerini artırmakta ve negatif sinerjik-etki ile ekonomiyi olumsuz etkilemektedir.

- Hekimlerin subjektif tutum ve davranışlarından kaynaklanan hasta sevk alışkanlıkları da hastane maliyetlerini olumsuz yönde etkilemektedir. Sevklere dayalı olarak gelişen işgücü kaybı, ekonomik kayıplar vb. sosyal maliyetlerin boyutu da yüksektir.

- Halkın sağlıkla ilgili eğitim düzeyinin düşüklüğü, alışkanlıkları, davranışları ve pratikleri de maliyetleri olumsuz olarak etkilemektedir. Örneğin periyodik kontrol yaptırmama, hekime hasta olur olmaz başvurma, ilkel tıbbi uygulamalara yönelme gibi faktörler sunulan sağlık hizmeti maliyetlerini artırıcı rol oynamaktadır.

- Sağlık kuruluşları tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin bedellerinin tahsil edilmesinde sorunlar yaşanmaktadır. Özellikle kamu kurum ve kuruluşları birbirlerine olan bu tür borçlarını ödememe veya mümkün olduğunca geciktirme eğilimi içerisine girmektedirler. Bu durum sağlık kuruluşlarında nakit planlaması faaliyetlerini aksatmaktadır.

- Sağlık sektöründe yürütülen hizmetlerin tamamını kapsayacak bir yönetim bilgi sistemi kurulamamış olup, sektörün finansal faaliyetlerine ilişkin bilgilere ulaşmak uzun zaman alıcı çalışmaları gerektirmekte ve ulaşılan bilgiler çoğunlukla da sektörün bütününü yansıtmamakta, edinilen bilgiler ise yeterli ve güvenilir olmamaktadır. Sistemden elde edilen bilgiler faaliyetlerin ölçülmesine imkan vermemekte ve bu ölçüme ilişkin standartlar da bulunmamaktadır.

3. ULAŞILMAK İSTENEN AMAÇLAR

3.1. VIII. BEŞ YILLIK KALKINMA DÖNEMİNDE (2001-2005)

Sağlık Sektörünün finansmanı ile ilgili olarak VIII. BYKP içerisinde ulaşılmak istenen amaçlar ve bu amaçlara yönelik stratejiler aşağıda belirtilmiştir :

AMAÇ 1 : SAĞLIK SEKTÖRÜ FİNANSAL YAPILANMASI HAKKANİYET EŞİTLİK VE ADALET İLKELERİNE BAĞLI OLARAK GERÇEKLEŞTİRİLMELİDİR.

- Sağlık doğuştan kazanılan bir haktır ve sağlık hizmetinin herkese eşit olarak ulaştırılacak biçimde örgütlenmesi zorunludur

- Sosyal güvenlik, adalet ve eşitlik ilkelerine uygun olarak herkese sosyal sağlık güvencesi sağlanmalı, herkes kolay erişilebilir şartlarla sağlık hizmetlerinden yararlanmalı, herkese farklı değil, benzer ve eşit yardımlar temin edilmeli ve kişilere verilen sağlık hizmetleri çağdaş düzeyde ve etkili olmalıdır.

AMAÇ 2 : SAĞLIK SEKTÖRÜNE İLİŞKİN FİNANSAL GÖSTERGELER GELİŞMİŞ ÜLKELER DÜZEYİNE YÜKSELTİLMELİDİR.

- GSYH'dan sağlık sektörüne ayrılan payın kademeli olarak artırılmasına ve plan dönemi sonunda hiç olmazsa 500 $ / kişi bazına gelmesine çalışılmalıdır. Bu amaçla kamu gelirlerinden ayrılan sağlık hizmeti finansmanı oranları artırılmalı ve özel sektörün sağlık hizmeti üretimi teşvik edilmelidir.

- Kamu harcamalarında yeni plan döneminde meydana gelmesi umulan azalmalara paralel olarak artacağı düşünülen Genel Bütçe gelirlerinden sağlık sektörü finansmanı için ayrılan payın artırılması sağlanmalıdır. Bu oranın yeni plan dönemi içerisinde kademeli olarak yüzde 10'a kadar yükseltilmesine çalışılmalıdır.

- Sağlık sektörü finansmanından çevreye, kişiye ve topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılan pay süratle artırılmalıdır. Tedavi edici sağlık hizmetlerine ayrılan payı düşürmenin en önemli yolu koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılan payın artırılmasıdır. Yeni plan dönemi sonu için oranın yüzde 1'den yüzde 5'e çıkarılması hedeflenmelidir.

AMAÇ 3 : SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI VE SUNUMU AYRI KURULUŞLAR TARAFINDAN GERÇEKLEŞTİRİLMELİDİR.

- Sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı birbirinden ayrılmalı ve bu faaliyetler birbirinden bağımsız olarak yönetilmelidir.

AMAÇ 4 : SAĞLIK SİSTEMİNİN FİNANSMANINDA SOSYAL SİGORTACILIK TEMELİNE DAYALI GENEL SAĞLIK SİGORTASI UYGULAMASINA GEÇİLMELİDİR.

- Sağlık sisteminin yapılanmasında devlet ve özel sektör arasındaki görev paylaşımı rasyonalize edilmelidir. Devlet sosyal görevi olan sosyal sigortacılığa devam etmeli ancak bunu aktüeryal denge içinde yürütmelidir.

- Sağlık ve emeklilik sigorta sistemleri birbirinden ayrılmalıdır.

- Sağlık sigortası veren tüm kuruluşlar (Emekli Sandığı, SSK, Bağ-Kur, Özel Sağlık Sigortaları vb.) sağlık sigortası teminatları açısından bu amaçla kurulacak olan özerk tek bir kuruluşa bağlanmalıdır.

- Ancak Kamunun sağlık sektörünün finansmanı içindeki payının büyüklüğü göz önüne alındığında kurulacak finansman kuruluşunun (Genel Sağlık Sigortası / Sağlık Sandığı) yönetiminde kamu kuruluşlarının yönetsel etkililiğinin olmasına dikkat edilmelidir.

- Getirilecek modelde sosyal sigortacılık ilkesi esas alınmalı, sosyal sağlık güvencesi olmayan vatandaşlar da dahil tüm vatandaşların sisteme katılımı zorunlu tutulmalıdır. Sigortalılar esas olarak prim ödemekle yükümlü olmalıdırlar. Ödenecek prim miktarları, kişilere yapılacak sağlık yardımlarının ortalama kullanım düzeyindeki gerçek maliyetlerini karşılayacak "aktüeryal prim" kadar olmalıdır.

- Sağlık hizmetlerinin finansmanında sigorta primleri ve genel bütçe kaynakları dışında, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu gelirlerinden ayrılan paylardan, Katma Değer Vergisi'nden ayrılacak paylardan, trafik kazaları nedeniyle yapılan sağlık giderleri dikkate alınarak yapılan sağlık giderlerine katkı sağlaması amacıyla; otoyol ve köprü geçişlerinden alınacak paylardan, şehirlerarası kara-deniz –hava ulaşım araç biletlerinden alınacak paylardan, trafik cezalarından alınacak paylardan ve gayri sıhhi müesseselerden alınacak yıllık özel çevre vergilerinden ek finansal kaynaklar olarak yararlanılmalıdır.

- Sosyal güvenlik kapsamı içerisinde olmayan nüfusun tamamının Genel Sağlık Sigortası kapsamına alınması sağlanmalı ve bu kişilerden prim ödeyemeyecek durumda olanların primleri Devlet tarafından genel bütçe kaynaklarından sübvanse edilmelidir.

- Bağ-Kur mensuplarının primlerini yatırmalarında aksamaları önlemek üzere vergi beyannameleri tahsil aracı olarak kullanılmalıdır. Sağlık sigortası primlerinin aksatılmadan toplanabilmesi için yasal düzenlemeler yapılmalıdır.

- Diğer kuruluş uygulamaları ile eşitlik sağlanması ve sosyal sigortacılık mantığına uygun düşmesi amacıyla, memurlardan genel ilkeler uyarınca sağlık primi alınmalıdır.

- Kurulacak Genel Sağlık Sigortası sistemi içerisinde halen mevcut olan uygulama farklılıkları giderilmeli, kişilerin gelir düzeyleri ile orantılı prim oranları belirlenmeli, primlerin toplanması, sigorta içindeki hizmet kapsamı ve hizmetten yararlanma koşulları standart hale dönüştürülmeli, sosyal sağlık güvenlik modelleriyle benzerlik sağlayacak biçimde hakkaniyet, verimlilik ve etkililik prensipleri dikkate alınarak herkese eşit bir teminat paketi sunulmalıdır.

- Genel Sağlık Sigortası Kuruluşu'na ödenecek olan kamu ve özel sektör prim ödemeleri düzenli hale getirilmeli, ödenmeyen primlerin tahsilatının hızlandırılması için yasal düzenlemeler yapılmalı ve Genel Sağlık Sigortasının hizmet satın aldığı kuruluşlara yaptığı ödemelere de sistematik bir disiplin getirilmelidir.

AMAÇ 5 : SAĞLIK SEKTÖRÜNDE KAMU KAYNAK TAHSİSİNDE OBJEKTİF OLUNMALIDIR

- Kamuya ait sağlık kaynaklarının tahsisinde ekonomik değerleme yöntemleri temel alınmalıdır. Kaynak tahsisinde ülke gerçeklerine uygun, ekonomik, maliyet etkili bir dağıtım yöntemi benimsenmelidir.

AMAÇ 6 : SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMUNDA DESANTRALİZASYONA GEÇİLMELİDİR.

- Sağlık hizmetlerinin organizasyonu, finansmanı ve yönetiminde yerel bazlı planlama, uygulama ve denetim mekanizmaları kullanılmalıdır.

AMAÇ 7 : SAĞLIK SEKTÖRÜ POLİTİKALARI KATILIMCI METOT İLE ÜRETİLMELİDİR.

- Sağlık politikalarının ülkenin tüm kesimlerini ilgilendiren sonuçlar doğurduğu göz önüne alınarak akademik, bürokratik ve politik katılım yanında sivil toplum örgütleri, hasta dernekleri ve özel sektör temsilcileri ve sigorta kuruluşlarının da katılımıyla hazırlanması sağlanmalıdır.

AMAÇ 8 : SAĞLIK BAKANLIĞININ SAĞLIK SEKTÖRÜ İÇİNDEKİ ROLÜ YENİDEN BELİRLENMELİDİR.

- Sağlık Bakanlığı asli olarak ülke çapındaki sağlık politikalarının belirlenmesi, koruyucu sağlık hizmetlerinin en verimli şekilde uygulanması, 1. kademe sağlık hizmetleri veya aile hekimliği uygulamalarının yürütülmesi, yataklı tedavi hizmetlerinin koordinasyonu, izlenmesi ve denetimi faaliyetlerini yürütmelidir.

AMAÇ 9 : SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU VE FİNANSMANINDA SEKTÖR İÇİNDEKİ ENDÜSTRİLERİN ÖZELLİKLERİNE DİKKAT EDİLMELİDİR.

- İlaç harcamaları nedeniyle oluşan maliyetlerin azaltılabilmesi için yerli ilaç sektörü teşvik edilmeli ve ilaç kullanımı ile ilgili maliyetlerin rasyonalize edilebilmesi için aynı içerikteki ilaçlardan maliyeti düşük olanın reçetelenmesi ve kullanımı için ilgili kuruluşlar arasında işbirliğine gidilmelidir. Ayrıca Genel Sağlık Sigortası uygulaması ile ilgili mevzuat düzenlemeleri içinde hizmet paketleri içerisine bu tür hükümlerin konulması sağlanmalıdır. İlaç tüketimlerinin rasyonalize edilebilmesi için gereksiz ilaç yazımı ve tüketimi engellenmelidir. Yataklı tedavi hizmeti verilen hastanelerde bu amaçla "İlaç ve Eczane Komiteleri" oluşturularak ilaç yazımı ve kullanımı denetim altına alınmalıdır.

- Rehabilitasyon gibi kar amacı gütmeyen, zahmetli, uzun süreli ve yüksek maliyetli hizmet sunan işletmeler teşvik edilmeli, kamu sahipliliğindekiler ise desteklenmelidir. Rehabilitasyon hizmetlerine ilişkin ödemelerdeki kurumsal farklılıklar ortadan kaldırılmalıdır. Rehabilitasyon harcamalarının finansmanında etkililiği sağlayabilmek için sosyal sigorta kuruluşlarının "case manager" sisteminden yararlanmaları sağlanmalıdır. TSE tarafından rehabilitasyon hizmetlerinde kullanılan ortez ve protezlere ilişkin Türk Standartları geliştirilmelidir. Ortez ve protez kapsamına girmeyen günlük yaşam aktivitelerine yönelik malzemelerin teminine yönelik ödemeler bir sisteme bağlanmalıdır. Rehabilitasyon maliyetlerinin düşürülebilmesi için evde bakım sistemi geliştirilmeli ve bu yöntemi seçen ailelere vergi ve diğer mali destekler sağlanmalıdır.

- Tıbbi teşhis ve tedavide kullanılan her nevi cihaz, araç gereç ve malzemelere ilişkin ülke şartlarına uygun standartlar geliştirilmeli, bu tür malzemelerin yurt içinde üretimi teşvik edilmeli, bu tür girdilerin sağlık hizmeti maliyetleri üzerindeki etkilerinin

azaltılabilmesi kullanımlarına ilişkin standartlar geliştirilmeli ve kullanımları sağlık sigortası teminat paketleri ile denetim altına alınmalıdır.

AMAÇ 10. ÖZEL SEKTÖR TEŞVİK EDİLMELİDİR.

- Devlet özel sektörün sağlık yatırımlarını teşvik etmelidir.
- Devlet özel sektördeki sağlık sigortacılığı uygulamalarını teşvik etmelidir.

AMAÇ 11 : SAĞLIK HİZMETİ SUNAN KURULUŞLAR FİNANSAL FAALİYETLERİ AÇISINDAN DENETLENMELİ VE AKREDİTE EDİLMELİDİR.

- Bütçe kaynaklarından sağlık hizmetleri için ayrılan payın verimli kullanılıp kullanılmadığının kamu kanalı tarafından etkili bir biçimde denetimi sağlanmalıdır. Bu açıdan Sayıştay teşkilatında ve mevzuatında gerekli değişiklikler yapılarak kamu denetiminin işlem ve mevzuata uygunluk açısından performans ve verimlilik denetimine kaydırılması sağlanmalıdır.

- Ülkemizde her kademe sağlık hizmeti sunan kamu sektörü, özel sektör veya özerk sağlık işletmelerinin tamamını, kapasiteleri, hizmet sunuş biçimleri, çıktıları, hizmet kalitesi personel nitelikleri, teknolojileri ile denetleyecek ve akredite edecek bir özerk kuruluş kurulmalı ve Başbakanlığa bağlı olarak çalışmalıdır. Akredite edilmeyen sağlık kuruluşlarından Genel Sağlık Sigortası kuruluşunun hizmet almaması yasal olarak düzenlenmelidir.

- Sağlık Akreditasyon Kuruluşu tıbbi hizmetlere ilişkin standartları tespit edip bu standartların ülke düzeyinde yaygınlaştırılmasına öncülük etmelidir.

AMAÇ 12 : SAĞLIK SEKTÖRÜ ÜST KADEME YÖNETİMLERİ VE FİNANSAL YÖNETİCİLERİ PROFESYONELLEŞMELİ VE GELİŞTİRİLMELERİ SAĞLANMALIDIR.

- Hastanelerde sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması, hastanelerde yönetimin profesyonelleştirilmesi, bilgi ve teknolojinin yenilenmesi, finansal yatırımların hasta memnuniyetini artıracak biçimde optimize edilmesi için gerekli çalışmalar yapılmalıdır.

- Üst kademe sağlık yönetimlerinin profesyonelleştirilmesi ve yönetsel kapasitelerinin

geliştirilmesi için, bu kademelerde çalıştırılacak kişilere ilişkin eğitim, mesleki deneyim ve yükselme sınavı gibi şartlar getirilmelidir. Bu kademelerde görev yapacak kişilerin atanmalarında Sağlık İdaresi, Sağlık İşletmeciliği veya Sağlık Yönetimi alanlarında lisans veya yüksek lisans eğitimi almış olma tercih nedeni olmalıdır.

AMAÇ 13 : SAĞLIK YATIRIMLARI PROJE VE FİZİBİLİTE ETÜTLERİNE DAYALI OLARAK GERÇEKLEŞTİRİLMELİDİR.

- Sağlık yatırımlarından istenen verimliliğin sağlanabilmesi için özel sektör de dahil tüm sağlık yatırımları için proje ve fizibilite etütlerinin yapılmasına özen gösterilmeli ve sağlık yatırımlarının ülke düzeyinde dengeli dağılımı sağlanmalıdır.

AMAÇ 14 : KAMUYA AİT İKİNCİ VE ÜÇÜNCÜ BASAMAK SAĞLIK KURULUŞLARI ÖZERKLEŞTİRİLMELİDİR.

- SSK ve diğer Kamu kuruluşlarına bağlı hastaneler (MSB'na bağlı olanlar hariç) yönetsel ve finansal açıdan özerk ve rekabete dayalı hizmet sunan bir statüye kavuşturulmalı, ancak yönetimlerinde koordinasyon sağlanabilmesi için, bu tür sağlık işletmelerinde Devleti temsil, koordinasyon ve denetim yetkisi Sağlık Bakanlığı'na bırakılmalıdır. Yeni plan dönemi içerisinde SSK'ya ait hastaneler de dahil kamuya ait tüm hastanelerin belirtilen statüye dönüştürülmesi sağlanmalıdır.

AMAÇ 15 : SAĞLIK İŞGÜCÜNÜN MALİYETLERİNİN OPTİMİZE EDİLEBİLMESİ İÇİN, BİLİMSEL METOTLARA UYGUN VE YERİNDE ÇALIŞMALARI SAĞLANMALIDIR.

- Sağlık sektöründe kamu finans kaynaklarının en büyük kısmını tüketen sağlık personelinin verimli çalıştırılabilmesi için her kademedeki sağlık personeli pozisyonları için iş analizleri yapılarak, iş tanımları, iş gerekleri ve adil bir ücret sistemi ortaya konulmalı ve sağlık kuruluşlarında işe göre eleman alımına özen gösterilmelidir. İşgücü verimliliğini artırabilmek için eğitim programları modernize edilmeli, temel eğitim yanında hizmet içi eğitim ve sürekli eğitime de önem verilmelidir. Personel sayısı ile ilgili uluslararası standartlara dikkat edilerek personel istihdamına gidilmelidir.

- Genel Sağlık Sigortasına geçilmesini takiben, mesleki etik açısından büyük bir sorun olarak görülen hekim ve hasta arasındaki parasal ilişki tüm kademelerde verilen sağlık

hizmetleri açısından kesilmeli, hasta ve hekim para için hiçbir zaman karşı karşıya getirilmemelidir. Sistem özel sağlık hizmetlerinin sunumunda da kısmi olarak uygulanarak örneğin özel sağlık hizmetinin belirli bir oranının cepten bir kısmının da Sağlık Sigortasından alınması sağlanarak bu konudaki kayıt dışı finansmanın kayıt içine alınması ve vergi kayıplarının önüne geçilmesi sağlanmalıdır. Bu amaçla tek vatandaşlık numarası veya sosyal güvenlik numarası verilerek sağlık hizmetlerinin alınmasında kartlı elektronik ortamlardan yararlanma yükümlülüğü getirilmelidir.

- Sağlık personelinin ya kamu hizmetinde ya da özel sektörde çalışması sağlanmalıdır. Tam zamanlı kamu işini tercih eden sağlık personelinin ücretlerinde gerekli iyileştirmeler sağlanarak kamuda çalışma da özel sektörde çalışma kadar cazip hale getirilmelidir. Özel sektör kuruluşlarının kamu personelini mesai dışı ve kayıt dışı ekonomi içinde kullanımı önlenmelidir.

AMAÇ 16 : SAĞLIK HİZMETLERİ MALİYETLERİNİN DENETİM ALTINA ALINABİLMESİ İÇİN BİLİMSEL METOTLARA DAYALI OLARAK MALİYET SİSTEMLERİ OLUŞTURULMALIDIR.

- Artan ve yaşlanan nüfus, karmaşıklaşan sağlık hizmeti ihtiyaçları ve gelişen teknolojinin maliyetler üzerindeki etkisi, hizmette kalite beklentisinin artması ve fiyatlar üzerinde bir denetim mekanizmasının bulunmamasının sağlık sektörü finansmanı üzerindeki olumsuz etkilerini giderebilmek amacıyla maliyetleri kontrol altında tutacak mekanizmaların harekete geçirilmesi gereklidir. Bu mekanizmalar; sosyal sigorta teminatlarının kapsamının daraltılması ve lüks sayılabilecek teminatların özel sigorta pazarından sağlanması, koruyucu hekimliği ön plana çıkararak sigortacılık ve hizmet sunum anlayışının oluşturulması, ölçek ekonomisinde (düşük birim maliyette) kaliteli hizmet üretip sunacak hizmet sunum modellerine yönelinmesi, alınan hizmetlerin kalem kalem faturalandırılması yerine DRG (teşhis grubuna dayalı) ve kişi başına ödeme (per capita) vb. gibi alternatif ödeme yöntemlerinin teşvik edilmesi olarak önerilebilir.

- Sağlık hizmetlerindeki harcamalarda maliyet denetimi sağlayabilmek için hizmet sunumunda sevk zincirinin oluşturulmasına ve tüm basamaklarda bu zincire uygun olarak hizmet verilmesi uygulamasına önem verilmelidir. Sağlık sigortası sevk zinciri içinde hizmet alımını finanse etmeli, sevk zinciri dışındaki hizmet alımları Sağlık Sigortası teminatları dışında bırakılmalıdır.

- Her kademede yürütülen sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin belirlenebilmesi için mutlaka tüm sağlık teşkilatlarında bilimsel anlamda yürütülebilecek maliyet muhasebesi birimleri kurulmalı ve üretilen maliyet bilgileri karşılaştırma amacıyla Sağlık Bakanlığı veya Sağlık Akreditasyon Kuruluşu'na periyodik olarak raporlanmalıdır.

- Hastanelerde maliyet muhasebesi uygulamalarının standart hale getirilebilmesi için Tekdüzen Muhasebe sistemi uygulamasına mutlaka geçilmelidir.

AMAÇ 17 : SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİYATLANDIRILMASI MALİYET TEMELLİ OLARAK YAPILMALIDIR.

- Sağlık kuruluşlarında üretilen hizmetlerin fiyatlandırması maliyet temelli olarak yapılmalıdır. Maliyetlerin hesaplanmasında uluslararası standartlara ve bilimsel uygulama metotlarına önem verilmelidir. Sağlık hizmetlerinin maliyet ve fiyatlandırılması konusunda gelişmiş ülkelerde bulunanlara benzer bağımsız bir kuruluş oluşturulmalı ve bağımsız olarak çalışması sağlanmalıdır.

AMAÇ 18 : SAĞLIK İŞLETME VE KURULUŞLARINDA İŞLETME BÜTÇESİ SİSTEMİNE GEÇİLMELİDİR.

- Hastanelerde yürütülen tüm faaliyetlerden istenen verimliliğin sağlanabilmesi için işletme bütçesi uygulamasına geçilmesi, ödenek tahsislerinin ve harcama denetimlerinin işletme bütçelerine dayalı olarak yapılması sağlanmalıdır.

- Hastanelerde maliyetlerin azaltılabilmesi için nakitlerin, alacakların, stokların, duran varlıkların, yabancı ve öz kaynakların finansal yönetimine ilişkin bilimsel metotların kullanılmasına önem verilmelidir.

AMAÇ 19 : SAĞLIK SEKTÖRÜNDE FİNANSAL PLANLAMA, ORGANİZASYON, YÜRÜTME VE DENETİM FAALİYETLERİNİ İLGİLENDİREN MEVZUAT GÜNÜN KOŞULLARINA UYGUN HALE GETİRİLMELİDİR.

- Genel mali mevzuat çağdaş uygulamalara el vermeyecek düzeyde yetersiz kalmaktadır. İlgili bakanlıklar tarafından yapılacak çalışmalarla, bir kısmı 1930'lu yıllardan kalma temel finansal yasaların günün şartlarına, sağlık kuruluşlarının genel yönetimlerinin ve finansal yönetimlerinin profesyonelleştirilmesine imkan vermesi sağlanmalıdır.

Çıkarılacak yeni finansal yasalarda sağlık kuruluşlarına leasing, factoring gibi çağdaş finansal teknikleri uygulayabilme imkanları tanınmalıdır.

- Kamu sağlık kuruluşlarının özerkleştirilmesi esnasında çok başlı finansal sistem (Genel/Katma Bütçe, Döner Sermaye vb. gibi.) uygulamasına son verilip işletme finansmanı sistemine geçilmeli ve tüm finansal sistemin tek elden ve sağlık kuruluşları finansal yönetimi konusunda eğitilmiş kişilerce yürütülmesi sağlayacak mevzuat düzenlemeleri yapılmalıdır.

AMAÇ 20 : SAĞLIK İŞLETMELERİNİN KAPASİTELERİNDEN AZAMİ DERECEDE YARARLANILMALIDIR.

- Sağlık işletmelerinde vardiyalı çalışma sistemine geçilmesi ve yaygınlaştırılması ve bu şekilde süratle mevcut kapasitelerin en üst düzeyde kullanımı sağlanmalıdır. Özellikle yatak kapasite kullanım oranında büyük düşüklük olan hastanelerin hizmetleri yeniden düzenlenerek atıl kapasiteleri ortadan kaldırılmalıdır.

AMAÇ 21 : SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN TAMAMINI İÇEREN BİR YÖNETİM BİLGİ SİSTEMİ KURULMALI VE FİNANSAL BİLGİLER DE BU SİSTEM İÇERİSİNDE İLGİLENEN HERKESE SUNULMALIDIR.

Sağlık Bakanlığı nezdinde tüm sağlık sektöründe yürütülen hizmetleri kapsayacak bir Yönetim Bilgi Sistemi kurulmalıdır. Kurulacak yönetim bilgi sistemi sağlık hizmetlerinin üretimi yanında sağlık insangücü, sağlık hizmeti finansmanı, sağlık yatırımları konusunda da güncel bilgilere istenildiği anda ulaşabilme imkanı vermeli, karşılaştırmalı maliyet bilgilerini elektronik ortamda tüm kullanıcılara aktarmalı ve ihale ve satınalma sistemleri, satıcı katalogları, uluslararası finansal işlemler, piyasalar ve satıcılar konusunda da bilgiler ihtiva etmelidir.

3.2. UZUN DÖNEMDE (2001-2023)

Ülkemizin tüm sağlık göstergeleri ve sağlıkla ilgili finansal göstergeleri üye olmayı arzuladığımız Avrupa Birliği'nin normlarına ulaştırılmalıdır.

- Uzun dönemde ortalama yaşam süresinin uzamasına bağlı olarak karşımıza çıkacak rehabilitasyon ve yaşlı bakımı hizmetlerinin yaratacağı ek finansman ihtiyacını karşılayacak kaynaklar yaratılmalıdır.

- VIII. BYKP döneminde öngörülen hedeflerden gerçekleştirilemeyen hususlar uzun dönemde gerçekleştirilmelidir.

4. ÖNGÖRÜLEN AMAÇLARA ULAŞILABİLMESİ İÇİN YAPILMASI GEREKLİ YASAL VE KURUMSAL DÜZENLEMELER VE UYGULANACAK POLİTİKALAR

- Genel Sağlık Sigortası Yasasının çıkartılarak tüm ülke nüfusunun sağlık sigortası kapsamına alınması gereklidir. Yasal düzenleme ile sağlık sigortacılığında norm birliği sağlanmalıdır.

- Sağlık Bakanlığı görev teşkilatları ile ilgili yeni bir yasa çıkartılarak Sağlık Bakanlığı'nın üst düzey sağlık politikaları düzenleme, sağlık hizmetlerinin planlanması, çevre ve halk sağlığı hizmetleri ile birinci basamak sağlık hizmetleri sunumu, tüm sağlık hizmetleri sunumunun denetimi ile görevli kılınması sağlanmalıdır.

- Sağlık Bakanlığı, SSK ve diğer kamu kuruluşlarına bağlı yataklı kurumları (MSB kurumları hariç) idari ve mali açıdan özerk hale getirecek yasal düzenlemeler yapılmalıdır. Teşkilat yasalarında özerk sağlık işletmelerinin özel sektör sağlık işletmeleri ile rekabet edebileceği bir yönetim tarzı geliştirilmelidir. Bu tür işletmeler akademik eğitim almış profesyonel sağlık yöneticileri tarafından yönetilerek özel sektörle rekabet edebilecek düzeye getirilmelidir.

- Kent tipi birinci basamak sağlık hizmeti sunum modeli geliştirilerek, yapılanma bir yasal düzenlemeye bağlanmalıdır.

- Sağlık hizmetinin talebinde sigorta sistemi içerisinde getirilecek bir sevk zinciri kurulmasına ve sigorta sisteminden yararlanmanın temel koşulu olarak sevk zincirine uymanın sağlanması ile ilgili yasal düzenlemeler yapılmalıdır.

- Ülkemizdeki tüm sağlık kurum ve kuruluşlarını içerisine alacak bir finansal bilgi ağının oluşmasını ve bilgi akışının sürekliliğini sağlayacak bir yasal düzenleme yapılmalıdır.

- Sağlık sektöründeki hizmet alımlarına, hizmet paketlerinin kapsamlarının

düzenlenmesine imkan verecek, hizmet maliyetlerinin belirlenmesi ve bu hizmetler ile ilgili denetimlere referans olacak bir özerk kuruluşun kurulması için yasal düzenlemeler yapılmalıdır.

- Ulusal sağlık bilgi sistemi ağı kurulmalı ve sektör içindeki bütün birimlerin sağlık bilgi sistemine maliyet ve finansal bilgilerini de sunmasını sağlayacak yasal düzenlemeler yapılmalıdır. Kurulacak sistem, kısa ve uzun dönemde sunulacak hizmetlerde toplam kalite yönetimi ile ilgili 21.Yüzyıl hedefine uygun biçimde dizayn dilmelidir.

- Sağlık yatırımları ile ilgili olarak yabancı sermayeyi teşvik edecek yasal düzenlemeler yapılmalıdır.

BÖLÜM - VI

SAĞLIK İNSANGÜCÜ (SAİG)

ALT KOMİSYONU RAPORU

1. GİRİŞ

DPT' nın VIII BYKP çalışmaları için oluşturduğu Özel İhtisas Komisyonundan 22 si ile doğrudan veya dolaylı olarak ilgili bulunan SAİG, sağlık hizmetleri sunumundaki en önemli kaynaklardan biridir. 2000 yılında "Herkes İçin Sağlık" hedeflerine ulaşılabilmesi geniş kapsamlı, sürekli, dinamik bir insangücü programı ile mümkündür.

Genel olarak, sağlık hizmetleri maliyetinin yüzde 60'ından fazlasını insangücü maliyeti oluşturmaktadır. Türkiye'de ise Sağlık Bakanlığı'nda bu oran yüzde 80 civarındadır. Sağlık hizmetleri çok özel teknik bilgi ve becerilerle donatılmış, bu bilgi ve becerisini "ekip anlayışı" ile bütünleştirip uygulamaya dönüştüren bir insangücü gerektirmektedir.

Sağlık hakkı anayasal bir haktır. Sağlık hizmetlerinin herkese, her yere, eşit adil, etkili, kaliteli, ekonomik ve ulaşılabilir nitelikte sunulması temel ilke olmalıdır.

Sağlık hizmetlerinin boyutu, sektörler arası ve disiplinlerarası iş ve güç birliği ile toplum katılımı gerektirir. Bireye sunulacak sağlık hizmeti, geliştirici, koruyucu ve iyileştirici biçimde bir bütün olarak ele alınmalıdır. Bu hizmet değişik alanlarda eğitim görmüş gerekli bilgi ve becerileri olan kişilerden oluşan bir ekip tarafından verilmelidir.

Bunun için de;

- Doğru örgütlenmeli (yaygın,yeterli,etkili),
- Nitelik ve nicelik yönünden yeterli sayıda sağlık insangücüne sahip olunmalı,
- En son teknolojiden yararlanılmalı,
- Toplumun ve SAİG'nün sürekli eğitimi yapılmalı,
- Finansman kaynakları yeterli olmalıdır.

SAİG'in nicelik, nitelik, teknoloji ve finansman bakımından değerlendirilerek; ülkemizin sosyal, ekonomik, siyasal politikalarına bağlı olarak oluşturulan SAİG politikası geliştirilmelidir.

SAİG geliştirme kavramı, insangücünün nitelik ve niceliğine yönelik olarak; planlama, eğitim ve istihdam başlıkları altındaki çalışmaları içermektedir.

Bu bağlamda planlama , eğitim, istihdam politikalarında koordinasyon sağlanmalıdır.

1987 yılı DSÖ Avrupa Bölgesi Toplantısında alınan kararda üye ülkelerdeki sağlık personelinin niteliğinin, toplumun sağlık ihtiyaçlarını karşılamada yetersiz kaldığına dikkat çekilmiştir ve sağlık personeli eğitiminin, gelişen sağlık hizmeti kavramına ve politikasına uygun olması istenmiştir. Nitelikli sağlık personeli hizmet sunucu, karar verici, iletişimci, toplum lideri ve yönetici olma vasıflarını taşımalıdır.

1988 yılında "Edinburg Bildirgesi"nde reform yapılması önerilen ana konular arasında uygun eğitim ortamının sağlanması, ulusal sağlık ihtiyaçlarına uygun eğitim programı hazırlanması, hastalıkları önleyici ve sağlığı geliştirmeye yönelik çalışmaların vurgulanması, sağlık personeli eğitimi ile sağlık hizmetleri arasında eşgüdüm sağlanması konuları üzerinde durulmuştur.

Ancak, ülkemizde planlama, eğitim ve istihdam politikaları konusunda yeterli koordinasyon sağlanamamıştır.

Sağlık hizmetlerinin ertelenemez ve ikame edilemez olması nedeniyle, modern sağlık anlayışı gereklerine uygun bir sağlık altyapısının gerekliliği yanında sağlık hizmetlerinin sunulmasında temel unsur olan yeterli sayı ve nitelikte insangücünün sağlanması da büyük önem taşımaktadır.

2. MEVCUT DURUM VE SORUNLAR

Yataklı tedavi kurumlarının İstanbul, Ankara, İzmir'de yoğunlaşması SAİG'in de buralarda toplanmasına ve nicelik olarak yurt düzeyinde dengesiz dağılımında en önemli etken olmuş ve hatta hekim yoğunlaşmasının oranı, sağlık tesislerinden daha fazla olmuştur.

Sağlık personelinin yurt sathında ve kır-kent bazındaki dağılımları da dengesizdir. Halen hekimlerin yüzde 48.5'i üç büyük ilde bulunmaktadır. Üç büyük ildeki nüfus/hekim oranı 539 kişi iken diğer illerde 1.657'dir. Uzman dağılımı daha da dengesiz olup, üç büyük ilde toplam uzman hekimlerin yüzde 56.1'i bulunmaktadır.

Hekimlerin üç büyük ilde yoğunlaşması bir ölçüde hizmetlerin buralarda yoğunlaşmasıyla da ilgili bulunmakla birlikte, sağlık tesislerinin bu illerdeki yoğunlaşması hekim yoğunlaşmasının ulaştığı boyutta değildir.

Hekimlerin yüzde 82'si, uzman hekimlerin yüzde 67'si, diş hekimlerinin yüzde 29'u, eczacıların yüzde 15'i, sağlık memuru ve teknisyenlerinin yüzde 96'sı, hemşire ve ebelerin yüzde 97'si kamu kesiminde istihdam edilmektedir.

Tablo 1. Türkiye' de Sağlık Personeli

Sağlık Personeli	1999	VII. Plan Hedefi
Hekim Sayısı	77.969	93.500
Bir Hekime Düşen Nüfus	825	806
Diş Hekimi Sayısı	13.757	16.800
Bir Diş Hekimine Düşen Nüfus	4.677	4.008
Eczacı Sayısı	20.105	21.000
Bir Eczacıya Düşen Nüfus	3.202	3.206
Hemşire Sayısı	70.287	104.000
Bir Hemşireye Düşen Nüfus	915	647
Ebe Sayısı	52.800	-
Bir Ebeye Düşen Nüfus	1.219	-
Sağlık Memuru ve Teknisyen Sayısı	47.155	-
Bir Sağl.Mem. ve Tek. Düşen Nüfus	1.366	-

Kaynak : Gazi Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu.

Tablo 2. Bazı AB Üyesi Ülkelerde Doktor ve Sağlık Personeline Düşen Kişi Sayısı

Ülkeler	Bir Doktora Düşen Kişi Sayısı (1997)	Hekim Dışı Sağlık Person. Düşen Kişi Sayısı (1994)
Belçika	263	-
Danimarka	357	-
F. Almanya	294	-
Fransa	270	-
İtalya	588	-
İrlanda	476	160
Hollanda	400	300
İngiltere	666	240
Yunanistan	256	990
İspanya	244	-

Kaynak: World Development Report 1998. SB Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı, 1998.

Üç büyük kentin yanı sıra zamanla metropol niteliği kazanan diğer bazı büyük illerimizde özellikle tedavi ve rehabilitasyona yönelik olarak açılan sağlık kurumları da bölgeler ve iller arasındaki SAİG dağılımındaki dengesizliği artırmıştır.

SAİG dağılımındaki dengesizlik kurumlar arasında da kendini göstermiştir. Bu dengesizlikte; sosyal, kültürel, coğrafi koşulların daha iyisini tercih etmenin yanında ekonomik olanakların çekiciliği de rol oynamıştır. " Eşit işe eşit ücret " ilkesine aykırı hareket edilmesi, sağlık personeli dağılımının tek elden yönlendirilmemesi, kurumlar arası uzman ve pratisyen hekimlerin istihdamındaki dengesizlikleri de arttırmıştır.

Tablo 3. Zorunlu Hizmet Yasası Kalkmadan Önce Türkiye'de Sağlık Personelinin Kurumlara Dağılımı, 1996

Personelin Ünvanı	Toplam	Personel Başına Düşen Nüfus	Sağlık Bakanlığı		SSK	Üniversite	Diğer	
			Sayı	%			Kamu	Özel
Hekim	70.947	884	35.881	51	7.359	12.304	4.835	10.568
Uzman	31.126	2.015	10.518	34	4.356	6.083	2.102	8.067
Pratisyen	39.821	1.574	25.363	64	3.003	6.221	2.733	2.501
Diş Hekimi	12.406	5.054	2.171	17	452	809	810	8.164
Eczacı	19.681	3.186	1.055	5	806	638	557	16.625
Sağ.Mem.	39.075	1.605	29.852	76	2.207	2.510	2.357	2.149
Hemşire	64.526	972	38.954	60	7.347	9.762	5.313	3.150
Ebe	38.945	1.610	36.152	93	1.418	102	140	1.133

Not : 1996 Yıl Ortası Nüfusu: 62.697.001

25.08.1981 de yürürlüğe giren "Bazı Sağlık Personeline Devlet Hizmeti Yükümlülüğü Kanunu" bölgeler, iller ve kurumlar arasındaki nicelik farklılıklarını, büyük oranda ortadan kaldırmıştı. Ancak, SAİG niceliğinde öncelikle ve sadece nüfusu kriter almak ve bunu gelişmiş ülkelerdeki sayı ile karşılaştırmak ciddi bir hata olmuştur.

Ülkemizdeki verileri diğer ülkelerle karşılaştırırken özellikle gelişmiş ülkelerin sosyal, ekonomik, kültürel ve siyasal yapılarını, genel ve yerel yönetim koşullarını dikkate almalıyız. Karşılaştırmalar bir bütünlük içinde değerlendirilirse daha doğru sonuca ulaşılır.

Tablo 4. Sağlık Göstergeleri

	Türkiye (1999)	Gelişmiş Ülkeler
Hekim Başına Düşen Nüfus	825	300-500
Diş Hekimi Başına Düşen Nüfus	4.677	1500-2000
Eczacı Başına Düşen Nüfus	3.139	1000-3000
Hemşire Başına Düşen Nüfus	915	100-250
Hasta Yatağı Başına Düşen Nüfus	380	100-200
Hemşire/Hekim Oranı	0,9	2-3
Yatak İşgal Oranı(Yüzde)	59	80
Bebek Ölüm Hızı(Binde)	36,8	6
Doğuşta Hayat Umudu (Yıl)	68,9	78
Sağlık Harcamasının GSMH'ya Oranı (Yüzde)	4,3	7-10
Kişi Başına Sağlık Harcaması (ABD Doları)	154,4	2000+

Kaynak : DPT, Sağlık Bakanlığı, WHO.

Çünkü; toplumların nüfusu, sosyo-ekonomik ve kültürel yapısı, cins ve yaş durumları, hastalık türleri, sağlık hizmetlerini kullanma alışkanlığı sağlık hizmetlerine talebi ve dolayısı ile hizmet veren SAİG sayısını etkilemektedir. Bundan dolayı, Dünya Sağlık Örgütünün (WHO) SAİG planlaması yaklaşımında yalnız "nüfus" değil, bunun yanı sıra "iitiyaç-talep ve hedef" gibi dörtlü bir metod göz önüne alınmaktadır. Ülkemizdeki koşulları dikkate alarak "iş yüküne dayalı metodu" da ekleyebiliriz.

Mevcut yasaların öngördüğü koşullar ve sağlık hizmetleri ile ilgili genel, yerel sosyo-ekonomik altyapılar hazırlanmadan SAİG'nün sadece niceliğini ön plana alarak eğitim kurumları açmak, öğrenci kontenjanlarını arttırmak yoluna gidilmiştir. Nitekim 1990 yılında yüksek öğrenimde okullaşma oranı yüzde 14.5 iken 1995 de yüzde 26.7 ye çıkmıştır. (Kaynak VII. BYKP sayfa 24). Bu da yeni sorunlar yaratmıştır.

Bu sorunlar : NİTELİK-İSTİHDAM-ETİK' tir

NİTELİK

SAİG'nün niteliği, sağlık hizmetlerinin yeterli, etkili, verimli sunulmasında, teknolojinin doğru kullanımında, kısaca hizmetten yararlananların yani toplum, aile ve bireylerin çok yönlü güvence ve memnuniyetinde başlıca etkenlerdendir.

SAİG niteliğindeki öncelikli etmen ise eğitimdir. Çünkü; eğitimin niteliği SAİG'in niteliğinde, SAİG'in niteliği de sağlık hizmetlerinin niteliğinde başlıca rol oynayan etkenlerdendir.

Eğitimin aşağıda yer alan aşamalarda değerlendirilmesi, başarı oranının yükselmesine neden olacaktır:

Meslek eğitimi öncesi : "okul öncesi eğitim" + "sekiz yıllık temel eğitim" + "orta öğretim" ve "genel liseler"de verilen eğitimin kalitesi SAİG'in kalitesini etkilemektedir.

Bu öğretim kurumlarında öğrenci sayısı ve okullaşma oranı hızla artmaktadır. Ancak gerek fiziki yapılarda, gerek öğretmen kadrolarında ve gerekse öğretim programlarında arzu edilen kalitenin sağlandığı söylenemez.

Bu nedenle, çocuklarını özel okullara ve özel dersanelere göndermek zorunda kalan ailelerin bütçesine binen bu ciddi yük, öğrenciler ve ailelerinde sosyo-ekonomik sorunların yanı sıra sağlık sorunlarına da yol açmaktadır.

Fakülte ve yüksekokullarda ise, sadece; fiziki yapı ve öğretim üyesi eksikliğinden veya kontenjan fazlalığından değil, etkili eğitim planlaması yapılmamasından ve kaynakların verimli kullanılmamasından doğan sorunlar vardır. Bunlar; SAİG'in düşük nitelikli eğitimine neden olmaktadır.

SAİG'in niteliğinin düşmesinde etkili olan mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrası başlıca nedenleri şöyle özetleyebiliriz: Ülkemizin koşullarına ve olanaklarına uygun olarak, başta hekimler olmak üzere, ihtiyaç duyulan SAİG'in görev alanları, görev tanımları ve standardizasyonu yapılmamıştır. Bu görevlere uygun eğitim programlarının düzenlenmemesi, eğitim uygulama alanlarının ve mevcut teknoloji dizaynının yetersiz kalması, ekip içindeki görevlilerin (hekim, diş hekimi, eczacı, hemşire, ebe vb.) birbirlerinin görev, yetki ve

sorumlulukları hakkında bilgi sahibi olmamaları, hizmeti her kademe yönlendirecek ve denetleyecek "sağlık yöneticileri" yetiştirilmemesi, SAİG'in sağlıkla ilgili mevzuat ve politikalar hakkında eğitilmemeleri, hizmetiçi eğitimde süreklilik ve diğer sektörlerle işbirliğinin olmaması SAİG'in niteliğini olumsuz etkilemekte, bu ise sağlık hizmetleri kalitesini azaltmaktadır.

Komisyonumuzdaki üyelerimizin meslek grupları adına verdikleri raporlardaki ortak kanı da bu şekildedir. Esasen, SAİG'nün nicelik ve niteliğinin yeterli olduğu, yüksek öğrenim olanaklarının kısıtlanması gibi bir düşüncenin de toplum tarafından benimsenmeyeceği açıktır.

Tablo 5. Sağlık İnsangücü Yetiştiren Okullardan Mezun Olan Öğrenci Sayısı

PROGRAMIN ADI	1980	1985	1990	1995/ T	1980-95 Artış Oranı (Yüzde)
Hekim (Tıp Fakültesi)	1.544	2.374	4.573	3.531	128,7
Diş Hekimi (Diş Hek. Fak.)	485	485	708	773	59,4
Eczacı (Ecz. Fak.)	700	700	743	740	5,7
Hemşire (Toplam)	2.633	1.727	2.496	8.700	230,4
HYO	-	144	400	540	-
SHMYO	-	-	274	1.260	-
SML	2.633	1.583	1.822	6.900	-
Ebe (Toplam)	385	2.330	2.883	3.325	763,6
SHMYO	-	-	-	225	-
SML	385	2.330	2.883	3.100	-
Sağlık Memuru (Toplam)	370	309	1.195	6.170	1567,6
SHMYO	-	-	519	1.530	-
SML	370	309	672	4.640	-

KAYNAK: Sağlık Bakanlığı, DPT,YÖK.
T : Tahmini
HYO : Hemşirelik Yüksek Okulu
SHMYO : Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu
SML : Sağlık Meslek Lisesi

Kamu dışındaki SAİG'nün hizmetiçi eğitimi, meslek örgütleri tarafından yapılmaya çalışılmaktadır. Ancak; meslek sorunlarının saptanmasında, eğitim programlarının bunlara göre planlanmasında ve meslekler arası ortak düzenlemelerde ciddi bir organizasyon olduğu

söylenemez. Ayrıca, serbest çalışanların hizmetiçi eğitime katılma mecburiyeti yoktur ve programlara katılım yüzdesi ve yararlanma oranı genellikle düşüktür.

Bunlara ek olarak kamu görevlerine atama ve nakillerde nitelik dışı değerlendirmelerin ön plana çıkması, eğitimi ile ilgili olmayan yerlerde çalıştırılması, tayinlerde taraflı davranılması, yurt düzeyinde idari, coğrafi, mesleki dağılımdaki adaletsizliğin yarattığı dengesizlik, hizmet içi eğitimlerin sürekli ve belli bir amaca yönelik planlanmaması, eğitim araç ve gereçlerinin yetersizliği, hizmetin niteliği için gerekli acil tıp uzmanlarından, sosyal hizmet uzmanlarından, fizyoterapistlerden, tıbbi fizikçilerden, biyologlardan, tıbbi teknikerlerden yeterince yararlanılmaması ve bunlarla ilgili eğitim programları ve görev alanları yasalarının hazırlanmaması, uzmanlığın belli kriterlere dayanmaksızın yapılması, bazı mesleklerde uzmanlaşmanın (diş hekimliğinde 2 dalda uzmanlaşabilme gibi) sınırlandırılması, suçluların takipsiz veya cezalarının etkisiz olmasına karşılık üstün hizmet çalışma ve başarıların yeterince ödüllendirilmemesi; hizmet öncesi eğitimin standartlığını, ülke için gerekli SAİG yetiştirilip yetiştirilmediğini denetleyecek, gelişmiş bazı ülkelerde olduğu gibi bir kurumun olmayışı, SAİG'de sorumluluk, risk taşıyanların özlük haklarının değerlendirilmesindeki yetersizlikler ve onların haklarını koruyacak örgütlenmenin yetersizliği SAİG niteliğini ve onların verdiği sağlık hizmetlerinin niteliğini olumsuz etkilemektedir.

Mezuniyet öncesi eğitimdeki nitelik düşüklüğünün diğer bir kanıtı da, mesleklerini serbest uygulayanlarda görülen adli ve mesleki disiplin olaylarının artmasıdır. Kamu kurumları dışında, özel hastane, poliklinik, tıbbi merkezler ve muayenehane gibi yerlerde sağlık hizmeti üreten SAİG'in yaptığı tıbbi hatalara ilişkin şikayetler artmaktadır. Öncelikle düşük nitelikten ve ekonomik yetersizlikten kaynaklanan ve mesleğe olan güven ve saygıyı azaltan bu sorun da giderek büyümektedir.

SAİG'in niteliğini olumsuz etkileyen etkenlerin ortadan kaldırılıp, AB üyesi ülkeler düzeyine getirilmesi büyük önem taşımaktadır.

İSTİHDAM (Kullanım Alanları)

Sağlık alanında mesleki öğrenim görenlerin büyük çoğunluğu, Osmanlı İmparatorluğu döneminde olduğu gibi Cumhuriyet döneminde de devlet hizmetinde çalışmayı tercih etmişlerdir. Yalnız sanatkarlarda değil, zanaatkarlarda da bu yönelişi görmekteyiz. Bu nedenle istihdam deyince öncelikle kamudaki görev alanları akla gelmiştir.

Sağlık hizmetlerinin görev ve sorumluluğunu Anayasa ve kanunlarla merkezi ve yerel yönetimlerin üstlenmiş olması bu istihdamın kamuda yoğunlaşmasının bir başka nedenidir. Hatta, kamu kuruluşlarında istihdamı sağlamak için, zaman zaman -1923 ve 1981 yıllarında olduğu gibi- hekimler için "Zorunlu Hizmet" kanunları çıkarılmıştır. Devlet, diş hekimleri ve eczacıların burslu olanları dışında, mesleki öğretimini üstlendikleri (hemşire, ebe, sağlık memuru vb.) bir kısım SAİG'i de borçlandırarak fiilen zorunlu hizmet kapsamı içine almıştır.

Kamu kesimi dışındaki çalışma alanları çok kısıtlı olan hekim dışı sağlık personelinin kamu kurumlarında istihdamı, ekonomik olanakları tartışılsa da, işsizlikten kurtuluş aracı olmuştur.

Ancak, SAİG yetiştiren meslek liseleri, yüksek okullar ve fakülteler, kamudaki istihdam olanaklarının üstünde ve niteliği düşük mezunlar verince istihdamdaki veya mesleği uygulamaktaki sorunlar çok yönlü büyümüştür.

Kısacası, devletin kalkınma ve iş alanları açma hızı, nüfus artışının ve meslek sahibi olma hızının gerisinde kalmıştır. Yaşanılan ekonomik krizler, genelde olduğu gibi, SAİG'nün mevcut kullanım alanlarında istihdam edilme sorununu ortaya çıkarmıştır. Zorunlu hizmetin kaldırılması da bu sorunu büyütmüştür.

Hizmet sunum ölçüsüne göre SAİG'i maaşlı ve sözleşmeli istihdam eden kuruluşlar; Sağlık Bakanlığı, SSK, MSB, üniversiteler ile diğer bakanlıklar, KİT'ler, belediyeler, vakıf ve dernekler, yabancılar, azınlıklar ve sayıları artmaya başlayan özel hastanelerdir.

Bunların büyük çoğunluğu yataklı tedavi hizmeti verdiklerinden, koruyucu hizmet alanındaki kadroları ya hiç yoktur (SSK) veya çok azdır (MEB). Oysa, mevcut bazı yasalarımıza göre (örneğin, 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanununun 163, 164, 169, 179, 181 ve 281. maddeleri; 222 Sayılı İlk Öğretim Temel Kanunun 25. maddesi gibi) SAİG istihdam edilmesi gereken alanlarda SAİG istihdam edilmemektedir. Keza turistik işletmelerde doktor ve hemşire bulundurması gerçekleşmemiştir.

SSK gibi, nüfusumuzun 32 milyonunun sağlığını üstlenen ve bunun için ciddi bir "sağlık birimi"ne sahip olan kuruluşun "koruyucu sağlık hizmeti" birim ve kadrolarının olmaması büyük eksikliktir.

Sağlık hizmetlerinde özellikle tedavi edici olanlarda çok yönlülük ciddi kaynak israfına neden olduğundan, sağlık hizmetlerinin arzu edilen ölçüde yaygın, sürekli ve etkili

olmasını engellemekte, dolayısı ile SAİG'in istihdam edileceği kadro olanaklarını da daraltmaktadır.

Mevcut bazı kanunların etkili olarak uygulanmamasının yanı sıra kamuda tam-gün çalışmanın kaldırılması, serbest çalışma yerlerinin standartlığı ile nüfusa göre açılmasını kısıtlayan kanunların olmaması SAİG dağılımındaki dengesizliğin ve istihdam güçlüğünün artış nedenlerindendir.

Kamudaki istihdam kısıtına karşın, serbest çalışmak isteyenlere gereken olanakların sağlanmaması SAİG' deki işsizlik sorununu büyütmektedir. Eczacılar dışında diğer sağlık mensuplarının ya yeterli kredi bulma olanağı yoktur (diş hekimleri gibi) veya mesleklerini icra için gerekli yasal imkandan mahrumdurlar (fizyoterapistler gibi).

Doktor ve diş hekimlerinin 2/3' nün muayenehaneleri vardır. İstihdamdaki sorunu ve devletin sağlık alanında yatırım sıkıntısını azaltacak bir uygulamanın hala gerçekleşmemesi, sağlık hizmetinde muayenehanelerden yararlanılmaması yani muayenehanelerin en küçük sağlık birimi olarak kullanılmaması istihdam sorununun artmasına neden olmaktadır.

İstihdam denilince sadece kamu sektörünün düşünülmesi, özel sektörün ve bu sektörde çalışanların veya çalışmak isteyenlere olanaklar yaratılmasının düşünülmemesi ciddi bir hatadır. Türk Eczacıları Birliğinin bu konudaki başarılı çalışmalarını örnek alırsak, sorunun çözümlenmesindeki sorumluluk, devletle beraber meslek örgütlerinin ve ilgili diğer kuruluşlarındır.

ETİK VE DEONTOLOJİ

Nicelik ve nitelikteki sorunların doğal sonucu olarak meslek ahlakıyla ilgili sorunlarda büyümektedir. 1960 yılında çıkarılan Deontoloji Tüzüğü, günümüzde önemini yitirmiş, yaptırım maddeleri etkisini kaybetmiştir.

Meslek ahlakına, etik kurallara, deontolojiye aykırı davrananların takibi, tesbiti zorlaşmıştır. Gerek meslek kuruluşları gerek kamu kurumları, artan olaylar nedeniyle, yeteri kadar hızlı ve etkili davranamamaktadırlar.

Meslek örgütlerince saptanıp, 181 sayılı KHK' nın 9/h maddesine göre, Sağlık Bakanlığınca onaylanan "Asgari Ücret" tarifeleri tartışılır ve çoğunlukla uygulanmaz hale gelmiştir.

Hastalık riski yüksek ve sosyal güvencesi olmayan bir kesimin ödeme gücünü aşan bu tarifeler çoğunlukla uygulanamaz hale gelmiştir. Hasta-hekim ilişkilerinde problemler, muayenehanelerle özel poliklinikler arasında da deontolojik sorunlarla disiplin ve adli olaylar çoğalmaya başlamıştır.

Ayrıca, 3065 Sayılı Kanunun 27. madesinin 5. fıkrasında: "Serbest meslek faaliyetleri için ilgili meslek teşekküllerince tesbit edilmiş bir tarife varsa hizmetin bedeli, bu tarifede gösterilen ücretlerden düşük olamaz" hükmü bulunmaktadır.

Buna karşın hekim ve diş hekimlerini bu tarifenin altında sözleşmeler yapmaya zorlayan kuruluşlar arasında kamuya ait olanlar bile vardır.

3. ÖNERİLER

- Sağlık hizmetlerinin niteliğini yükseltecek, istihdam olanaklarını genişletecek, SAİG nün özlük haklarını çağın gerektirdiği düzeye getirecek, hizmetin maliyetini düşürecek yeni yapılanma gereklidir,

- Günümüzde de geçerliliğini koruyan kanunlarımızın maddeleri eksiksiz uygulanmalı, güncelliğini kaybedenlerin (1219, 6023, 3224, 6283, 6197, 3153 gibi) ya değiştirilmesi veya yenilerinin çıkarılması, meslek yasası olmayan mesleklerin yasalarının çıkarılması gereklidir,

- Bilindiği üzere sağlık personeli 9 saatlik bir mesaiye bağlı olmaksızın gerektiğinde 24 saat süre ile ve büyük bir özveri ile hizmet sunmaktadır. Ancak uzun süreli, yorucu ve riskli hizmet yapan sağlık personeli günümüzde bu hizmetlerinin karşılığı olan ücreti alamamaktadır. Ayrıca yan ödemeler ve diğer ödemeler, meslek sorumlulukları ve sosyal durumları ile uygun olmayacak kadar azdır,

- Sağlık insangücünün özlük ve mali haklarının iyileştirilmesi yönünde kalıcı bir çözüm getirilmesi amacı ile hazırlanan “Sağlık Personel Kanun Tasarısı Taslağı” biran önce TBMM’ne sevk edilmelidir.

- Sağlık insangücünün istihdamında esas alınan mevzuatın yeterli ve dengeli istihdamı kolaylaştıracak ve teşvik edecek şekilde olması gerekmektedir,

Kanun tasarıları hakkında sadece resmi kurumlarla meslek örgütlerinin değil, hizmetten yararlanacak sivil toplum (tüketici) örgütlerinin de görüşleri alınmalıdır,

- Kamudaki SAİG'in maaşları, yan ödemeleri ve diğer ödemeleri meslek sorumlulukları ve sosyal durumları ile uygun olmayacak kadar azdır. Sağlık Personel Yasası bir an önce çıkarılmalıdır,

- Sağlıkta :

    1. Kaynakların etkili kullanımı,

    2. Hizmette yaygınlık,

    3. Hizmette kalite sağlanması amacıyla sistemin: mevzuat, SAİG, finansman, istihdam, enformasyon, organizasyon ve hizmet sunumu boyutları itibarıyla yeniden yapılandırılması hızla gerçekleştirilmelidir.

- Sağlık hizmetlerindeki başarılarını, kullandıkları teknolojiyi örnek aldığımız gelişmiş ülkelerdeki istihdam alanlarının örnek alınarak çağın gerektirdiği yeni istihdam alanlarının yaratılması önem taşımaktadır,

- 21. yüzyılın sağlık anlayışı ve hedeflerine uygun şekilde sağlık tesislerinin örgütlenme ve yönetimi, aile hekimliği, okul sağlığı sağlık dersi öğretmenliği, evde bakım hizmetleri, beslenme hizmetleri, tıbbi teknolog hizmetleri, araştırma ve geliştirme hizmetleri, biyomedikal hizmetler, çevre, genetik ve geriatrik hizmet alanları, halk sağlığı hizmetleri; doğal afetler, trafik-ev ve iş kazaları, iş sağlığı ve iş güvenliği, turizm gibi yeni hizmet alanlarında SAİG' deki tüm personelden yararlanılması ve gerektiğinde vardiyalı çalıştırılması,

- Kamu ve özelde SAİG'e sendikalaşma hakkı verilmesi,

- Yatırım giderlerinin fazlalığı ve istihdam darlığı nedeniyle serbest çalışan muayenehane, hekim ve diş hekimlerinden yararlanılacak bir sistem uygulanmalıdır,

- Hizmette, eşit işe eşit ücret ilkesine aykırılıklardan başka, sosyal güvenlik kurumlarının farklı normlarda hizmet vermesi sorunu da çözümlenmelidir. Örneğin, Bağ-Kur mensubu bir diş hekiminin emekli aylığı, yanında çalışan sosyal sigortalı teknisyenin yarısı kadardır,

- SAİG'in çağımıza uygun görev tanımları yapılarak yetki ve sorumlulukları açıkça belirlenmeli, 1219 Sayılı Kanunda yer almayanlar ilave edilmeli veya "Sağlık Meslekleri ve Uygulamaları Kanunu" adıyla kapsamlı yeni bir kanun çıkarılmalıdır,

- Sağlık hizmetleri meslek yüksek okulları, hemşirelik yüksek okulları ve sağlık yüksek okullarından mezun olanların kazandıkları unvanlara uygun kadrolar kamu kurumlarında da ihdas edilmelidir (sağlık teknikerleri, ebe, hemşire, sağlık memurları gibi),

- Sağlık Bakanlığı bünyesinde "rehabilitasyon bilimsel danışma kurulu" kurulmalıdır. Bu kurul DPT, Özürlüler İdaresi Başkanlığı, YÖK ve TTB ile işbirliği yaparak ülkenin rehabilitasyon politikalarının oluşturulması, uygulanması, geliştirilmesi, izlenmesi ve denetlenmesinden sorumlu ve yetkili olmalıdır,

- Rehabilitasyon hizmetleri sunumunda eksikliği tamamlayan elemanlar yetiştirilmelidir. İstihdam için gerekli mevzuat hazırlanmalıdır. Rehabilitasyon hizmeti veren insangücü kaynaklarını yetiştiren eğitim kurumlarında standardizasyon sağlanmalıdır,

- Kamu kurumlarında tatmin edici bir ücret ve özel olanaklar sağlanarak tam-gün çalışmaya dönülmesi, muayenehane açma ruhsatı verilirken nüfusa göre dağılımın göz önünde bulundurulması ve yüksek öğretim üyelerine kesinlikle tam-gün çalışma esasının uygulanması gereklidir,

- VIII. BYKP (2001-2005) uygulama dönemi deprem zararlarının giderilmesi ve iç borç ile faizlerin ödemelerinin yoğunlaştığı bir zamana rastlamaktadır. Bu da VIII. BYKP' de kamu ve özel sermaye yatırımlarının ve istihdam alanlarının azalmasına sebep olabilir. Bundan dolayı, sağlık hizmetlerinde maliyet yükseltecek davranışlardan kaçınılmalı, kaynakların israf edilmesini önleyecek tedbirler bu dönemde ve öncelikle ele alınmalıdır,

- SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı primleri tek elde toplanmalıdır,

- Prim toplayan ve hizmet üreten kurumlar ayrılmalıdır,

- Sağlık birimlerinde nitelikli yöneticiler atanmalı, hizmette asgari standart sağlanmalı, dublikasyonlar ve rantabl olmayan teknoloji alımından vazgeçilmelidir,

- Tüm kamu sağlık kurumlarında araç-gereç envanteri yapılmalı, kullanılacak teknolojinin modeli, amortisman süresi, çalışma verimi, kullanımındaki gereklilik ölçümleri yapılıp sürekli denetlenmelidir,

- Kamuda görevli olmamak ve hekimlerce tanı konulup sevk edilmek koşulu ile fizyoterapistlere, uzman psikologlara, hemşirelere, ebelere, sağlık memurlarına ve diyetisyenlere bakım ve tedavi planlaması merkezi açmak yetkisi verilmelidir. Doğal afetler, trafik-iş-ev kazaları, özürlülerin artan sayısı ve toplumun sağlıklı yaşam konusunda bilinçlenmesi gibi nedenler, bu meslek mensuplarına özel klinik açma hakkı verilmesinin önemini artırmaktadır,

- Hizmette yüksek verim, sürekli denetim esas alınmalı, ceza ve ödüllendirme birlikte düşünülmelidir,

- Anayasa' da öngörülen Genel Sağlık Sigortası sistemi ve 224 Sayılı Kanun başta olmak üzere yürürlükteki kanunlar uygulanmalıdır,

- Uygulanması gereken kanun maddeleri ve meslek örgüt yasaları için sürekli çalışacak bir komisyon kurulmalıdır,

- SAİG istihdam eden özel sektöre sağlanan kredi, teşvik vb. olanakların çok iyi denetlenip, suiistimale imkan verilmemelidir,

- SAİG hizmetlerinde önemli yeri olan tıbbi sanayi, ülke ihtiyaçları ve teknolojik gelişmeler dikkate alınarak teşvik edilmelidir,

- Meslek tanımları olmayanların (örneğin; SHMY Okulu ve mezunları gibi) veya meslek tanımları, günümüzdeki görevlerinin gerisinde kalanların (hemen hemen tüm SAİG mesleklerinde) meslek tanımları yeniden yapılmalıdır,

- Ambulans ve acil bakım ünitelerinde; özel eğitimi olmayan SAİG' in hizmet riskini azaltmak ve hizmetin niteliğini artırmak için sürekli eğitimin yapılması, kamu ve özelde bu hizmetin verildiği alanlarda "ambulans ve acil bakım teknikerlerinin" görevlendirilmesi sağlanmalıdır,

- Acil sağlık hizmetlerindeki sorunların çözülmesi için; acil tıp uzmanlığının geliştirilip yaygınlaştırılması, verilen acil sağlık hizmetlerinin başarısını yükseltmek için de

eğitim, personel, bütçe ve sosyal imkanların desteklenmesi, toplumun ve ilgili diğer sektörlerin sürekli eğitimlerinin yapılması gerekmektedir,

- Günümüzde, tıbbi tanı ve tedavi amaçlı iyonlaştırıcı radyasyon uygulamaları artmıştır. İnsanlara yönelik riski azaltmak, hizmetin maliyetini azaltmak için; tıbbi fizik uzmanlarının nicelik ve niteliği arttırılmalı, cihaz ve insangücü standartları belirlenmeli, kalite güvence ve kalite kontrol sistemleri kurulup, etkin bir yönetim ve denetim sistemi sağlanmalıdır,

- Anayasamızın 56. maddesinde: "Herkesin sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşamak hakkı, çevre sağlığını korumak ve kirlenmesini önlemek" ödevlerini Devlet ile vatandaşlara da vermiştir. Ancak; 224 sayılı yasada da (madde : 22 ve 23.) olmasına rağmen halkın katılım ve katkıları yetersizdir. Bu konuda da, ilgili sektörler ve sivil toplum örgütleri ile işbirliği yapılmalıdır,

- SAİG niceliği mevcut düzen, kamu kadrolarına ve nüfusa göre değil DSÖ'nün (istek + ihtiyaç + nüfus + hedef) ve iş yükü metodlarına göre planlanmalıdır,

- Dış ülkelerin sayısal durumlarını değerlendirirken, bu duruma gelmelerinde uyguladıkları sosyo-ekonomik, kültürel, siyasal ve sağlık politikaları da düşünülmelidir,

- Özel sektör yatırımları denince, sadece, yataklı tedavi hizmetleri düşünülmemelidir. Belli yerlerde açmak koşulu ile muayenehaneler, özel poliklinikler kapsama alınmalıdır. Hizmet tesislerinin ve SAİG'in yoğun olduğu yerlerde kamu kesiminde atamalar, özelde de çalışma izni, belli hedeflere ulaşıncaya dek dondurulmalıdır. Bu gibi yerlerde ki SAİG' in verimini arttıracak önlemler alınmalıdır,

- SAİG'deki bazı mesleklerde sayısal sınırlamaya gidilmeli, bazılarında da sayılar artırılmalıdır (radyoloji ve laboratuvar teknisyenliği, tıbbi fizik uzmanlığı gibi),

- Sağlık kurumlarında kurum ev idaresi (hausekeeping) alanında 4 yıllık lisans eğitimi görmüş, bu alanda en az bir dönem staj yapmış ev ekonomistleri istihdam edilmelidir,Kalkınmada öncelikli yörelerde muayenehane, eczane açmak isteyenlere teşvik edici krediler, vergi indirimleri, lojman kirası gibi özendirici kolaylıklar sağlanmalıdır,

- SAİG dağılımının dengeli olmasını sağlamak için iş yeri açma ruhsatı bakanlık ve meslek odalarınca verilmelidir,

- Mevcut fakülte ve yüksek okulların sayıları ve öğrenci kontenjanları saptanırken, 2023 yılına kadar hekim ve diş hekimine başvurudaki muhtemel artışlar dikkate alınmalıdır,

- Eğitim kurumları kapasitesine ilişkin kararların 4-6 yıl gibi uzun sürede sonuç vereceği, bu nedenle rasyonel olmayan değişikliklerin düzeltilmesi olanaksız sorunlar yaratacağı da unutulmamalı, SAİG planlamaları geleceğe yönelik yapılmalıdır,

- İnsan gücü planlamasında Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı , YÖK, DPT, SSK, meslek örgütleri ve ilgili diğer kuruluşlar etkili bir koordinasyon içerisinde çalışmalıdır,

- SAİG'in tüm elemanları, ara insangücü (sağlık teknikerleri), eğitim programları ve nicelikleri AB standartlarına göre yeniden düzenlenmeli, ayrıca, programların ve öğretim elemanlarının niteliği (eğiticilerin eğitimi) öncelikle ele alınmalı, eğitim araç-gereçlerindeki eksiklikler ve yetersizlikler giderilmelidir,

- Meslek standartlarının belirlenmesi ve tanımının açıklık kazanması, SAİG'i istihdam edeceklerin ve iş/hizmet vermek isteyen SAİG'in nelerin gerektiğini bilmesi bakımından önemli olup hizmetin niteliğine büyük oranda etkisi vardır.

- Bu konuda Meslek Standartları Komisyonu (MSK) ve Araştırma ve Teknik Hizmetler Birimi (ATHB) ile işbirliği yapılması,

- Mesleğe yöneltecek eğitimin ilkokuldan başlayarak, meslek öncesi ve hizmet içi eğitim planlarının sorunları çözecek nitelikte yenilenmesi,

- Koruyucu sağlık hizmetlerinin temel sağlık hizmetlerine entegrasyonu hızlandırılmalıdır,

- Sağlıkla ilgili verilerin toplanması yetersizdir. Aynı konuda çok değişik göstergeler olmamalı, Sağlık Bakanlığı Sağlık Propagandası Tıbbi İstatistik Genel Müdürlüğünün kaldırılması hatası düzeltilmeli, sağlık demografı yetiştirilmesi sağlanmalıdır,

- Araştırma-geliştirme çalışmaları için yeni uygulama alanları yaratılırken, kamu-özel sektör işbirliği yapmalı, üniversite hastanelerinin araştırma, eğitim ve referans konularına ağırlık vermesi sağlanmalıdır,

- Geçmiş BYKP' lerde tüm fakülte ve yüksekokullarda asgari standartların sağlanması öngörülmüştü. Uygulanamadı. Sayıların hızla artması çok yönlü sakıncalar yanında eğitimde nitelik farklılığını da yaratmıştı. Bu nedenle, VIII. BYKP'de standardizasyon sağlanmalıdır,

- Tababet Uzmanlık Tüzüğü yenilenmelidir. Çağın gerektirdiği bazı dallar uzmanlık kapsamına alınmalı, uzmanlık sınavları merkezi sistemle yapılarak uzmanlıkta standartlık sağlanmalıdır.

- Ağız diş sağlığı hizmetlerinin birinci basamaktan başlatılması, sağlık ocaklarında diş hekimi kadrosu konmalıdır,

- Askerlikte birinci yoklamalarda, ağız-diş sağlığı kontrolü zorunlu olmalı, 2. yoklamaya kadar gerekli ağız-diş bakımını yaptırma mecburiyeti konmalıdır. Koruyucu sağlık hizmetlerine yönelten ve tedavi giderlerini azaltıcı önlemler alınmalıdır.

- Eczacılardan tıbbi danışman olarak yararlanma, biyokimya gibi laboratuvar dallarında uzmanlaşma olanakları sağlanmalıdır,

- Sağlık meslek eğitimi veren kuruluşların ve yönetim kadrolarında meslekten olanlara öncelik verilmeli, bazı kurumlarda ihtiyaç fazlası istihdam edilen sağlık hizmetleri meslek yüksek okulları ve hemşirelik yüksek okulları ve sağlık yüksek okulları, sağlık meslek lisesi öğretmenleri de görevlendirilmelidir,

- Sağlıkla ilgili yüksek öğretimde koruyucu sağlık hizmetleri nosyonu verilmemekte ve mezunlardan da bu nedenle yarar sağlanamamaktadır. Maliyet-yarar ilkesi dikkate alınarak sağlıkta yüksek öğretim programı yeniden düzenlenmelidir,

- Her kademede iyi sağlık yöneticisi yetiştirilmesi amacıyla, ekibin sorumlusu olan hekimler, diğer sağlık personelinin görev, yetki ve sorumlulukları ile kademesini ilgilendiren Sağlık Mevzuatı hakkında bilgi sahibi olmalıdır,

- Mezuniyet sonrası eğitim programları, kamu ve serbest çalışanlar için, bir merkezden ve çalışacağı alanlarla o alanlardaki sorunlar dikkate alınarak hazırlanmalıdır,

- Hizmetin verim ve niteliği konusunda uzmanlaşma kadrolarının kısıtlı oluşu dikkate alınmalı, sağlık personelinin statü kaybını önleyecek hizmetiçi eğitimler ve özlük haklarında düzenlemeler yapılmalıdır,

- Kaynak israfı denildiğinde, genel olarak, bütçe ile ilgili parasal olanaklar akla gelmektedir. Oysa, parasal olanakların israfı kadar SAİG'in yerinde kullanılmaması, gerekli atama ve çalışma kadro olanaklarının verilmemesi nedeniyle meydana gelen SAİG kaynağındaki israf daha önemlidir. 21. yüzyıl anlayışı ile buna son verecek önlemler alınmalıdır.

ÖNERİLER

GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinde; bu hizmetlerin yaygın, yeterli, sürekli, nitelikli ve etkili olmasını sağlayacak "doğru örgütlenme", maliyet-yarar değerlendirmesi yapılmış eksiksiz ve çağdaş "teknoloji", nicelik ve nitelik yönünden yeterli "SAİG", bu hizmetlerden yararlanan "toplumun eğitilmesi" yoluyla katkı ve katılımının sağlanması, "finans kaynağı"nın yeterli düzeyde ve doğru ve denetimli kullanımı sağlık hizmetlerinin başarılı ve yüksek düzeyli olmasının temel ilkeleridir.

Bu ilkeler doğrultusunda; geçmiş BYKP'lerin hedefleri ile gelişmiş ülkelerin normları ve bunları etkileyen sosyal, ekonomik, kültürel, yasal ve siyasal politikalar değerlendirilerek çalışan alt komisyonların ortak önerileri aşağıda yer almaktadır :

ACİL TIP VE AMBULANS HİZMETLERİ

1. Acil tıp hizmetleri planlanmalıdır.

2. Ambulans ve acil bakım teknikerliği programları; malzeme, kaynak ve konusuna hakim öğretim elemanlarınca desteklenmeli, mesleki tanımları yapılarak, yetki ve sorumlulukları belirlenmeli, hastane öncesi acil bakım sistemi güçlendirilmelidir.

3. Kaliteli bir ambulans sistemi, kaliteli ve ekonomik acil bakım ve hasta memnuniyetine ilişkin yasal ve kurumsal düzenlemeler yapılmalı, ayrıca, ön lisans mezunu meslek grupları 8. BYKP'de mutlaka yer almalıdır.

4. Acil tıp uzmanlığı, Türkiye'de oldukça yeni ve oldukça gereksinim duyulan hekimlikteki bir uzmanlık alanıdır. Acil servislerde görev alması beklenen, acil servislerde yaşanan olumsuzlukların giderilmesine katkıda bulunabilecek acil tıp uzmanlarına ilişkin yasal düzenlemeler yapılmalı ve acil servislerde kadroları olmalıdır.

5. Tıp fakültesi bitirildikten sonra, birinci basamak bağımsız hekimlik uygulaması yeterliliğine ulaşmak için en az bir yıl süreyle gözetimli klinik uygulama olmalıdır. Bu konudaki bilim dallarının kadro sorunlarına çözüm bulunmalı, tüm fakültelerde kurulmaları ve ülke çapında organize olmaları sağlanmalıdır.

6. Trafik denetimlerinde ambulanslara yol vermeyen araçlar uyarılmalı ve bazı ülkelerde ambulans, itfaiye gibi araçların gidebileceği güvenlik şeritleri sistemi oluşturulmalı ve

denetimi iyi yapılmalıdır. Sistemin oluşturulabilmesi için Karayolları Genel Müdürlüğü, İçişleri Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı ortak bir çalışma içine girmelidir.

7. Acil yardım sistemlerini kurmuş olan ülkelerdeki sistemler incelenerek, Türkiye koşullarına uygun olan sistem kurulmalıdır. Bunun için yasal ve kurumsal düzenlemeler yapılmalı, izlenecek politikalar ve bu politikaların uygulama takvimleri 8. BYKP'de yer almalıdır.

8. Kuzey Amerika'daki 911 (Tiered Response-polis, itfaiye, ambulans için tek bir numara ve en yakın hangi grupsa olay yerine onun öncelikle ulaşması ve acil bakımın temel yaşam desteği düzeyinde başlatılması) benzeri bir sitem olanağı Türkiye için araştırılmalıdır.

9. Ülkemizde beş yıldan beri verilen mezunlara rağmen Sağlık Bakanlığının 112 ambulanslarında özel eğitimi olmayan doktor, hemşire ve sağlık memuru çalışmaktadır. Buna son verilmelidir.

10. Kazalar nedeniyle meydana gelen özürlülüğün önlenmesi için sürücülere psikoteknik değerlendirme zorunluluğu getirilmelidir.

11. Ambulansların donanım standartları yasal olarak belirlenmeli ve kadroları verilmelidir.

12. 112 numaralı telefon, ülke çapında acil sağlık hizmetlerinin ortak numarası olacak şekilde yasal olarak belirlenmelidir.

13. Ambulans ve acil bakım ünitelerinde, özel eğitimi olmayan SAİG'in hizmet riskini azaltmak ve hizmetin niteliğini artırmak için sürekli eğitim yapılmalı, kamu ve özelde bu hizmetin verildiği alanlarda "ambulans ve acil bakım teknikerlerinin" görevlendirilmesi zorunluluğu yasalaştırılmalı, kadroları olmayanlara kadro verilmelidir.

ANA-ÇOCUK SAĞLIĞI VE AİLE PLANLAMASI (AÇSAP)

1. Türkiye'nin önemli sorunlarından biri hızlı nüfus artışıdır. Son yıllarda bu konuda bazı iyileşmeler sağlansa da özellikle bölgeler ve gruplar arası farklılıklar göz önüne alındığında bu alanda temel sorunların bulunduğu görülmektedir. Ekonomik göstergelerin topluma yansıması açısından da nüfus artış hızının düşürülmesi önemli bir önceliktir.

2. Beş yaş altı ölüm hızı binde 20'ye düşürülmelidir.

3. Bebek ölüm hızı binde 15'e düşürülmelidir.

4. Altı yaş sınırındaki çocukların yüzde 80'inde diş çürüğü bulunmamalıdır.

AMAÇ VE İLKELER

1. Her bireyin olanaklı en yüksek standartlardaki sağlık hizmetine ulaşabilmesi, temel insan haklarından biridir. Bu nedenle, sunulacak hizmetler, her bireyin insan olma onur ve değerine uygun ve sağlık hakkının hayata geçirilişinde eşit haklar, eşit ödevler ve paylaşılmış sorumluluklar esasına göre düzenlenmelidir.

2. Toplumsal ve ekonomik kalkınmanın esas amacı insan sağlığı ve iyilik halinin geliştirilmesidir. Stratejilerin oluşturulmasında eşitlik, dayanışma ve toplumsal adalet ile ilgili etik kavram ve yaklaşımlara bağlı kalınmalıdır.

3. Stratejilerin ayrıntılandırılmasında cinsiyet perspektifi dikkate alınmalıdır.

4. Sağlık kalkınmasında, toplumsal ve ekonomik eşitsizliklerin azaltılmasının önemi göz ardı edilmemelidir.

5. Sağlık hizmetlerinin planlanmasında ve uygulanmasında en çok ihtiyaç duyanlara, sağlıklarının kötü olması nedeniyle ağır yükler altında kalanlara, yetersiz sağlık hizmeti alanlara ve yoksulluktan etkilenenlere birinci öncelik verilmelidir.

6. Sağlığın geliştirilmesi, sağlıklı tutum ve davranışların desteklenebilmesi için, yalnızca hastalıklar üzerinde değil, sağlığın temel belirleyicileri ve öncülleri konularında da çalışılmalıdır.

7. Sağlık alanında yaşanan hızlı gelişmeler, ülkemiz coğrafyasının genişliği ve bölgesel koşulların farklılıkları, 21. yüzyıl sağlık politikalarının, yerel düzeylerde de planlanmasını ve uygulamaların ayrıntılandırılmasını gerekli kılmaktadır.

8. Sağlık hizmeti sunum sistemimiz aşağıdaki ilkeler doğrultusunda, geliştirilmelidir:

   - Sağlık hizmetlerinin evrensel nitelikte ulaşılabilirlik sağlayan, aile ve toplum yönelimli, altyapı, personel ve hizmet sunum standartları bakımından güçlendirilmiş birinci basamak sağlık hizmetlerinin sistemde öncelikli bir yere sahip olması,

- Birinci basamak hizmetlerin, esnek, ihtiyaçlara yanıt veren ikinci basamak hizmetlerle desteklenmesi,
- Hizmet sunum basamakları arasında entegrasyonun sağlanması,
- Çağdaş koşullara uygun ve basamaklar arası geri bildirim sistemi içeren sevk zincirinin hayata geçirilmesi,
- Sağlık hizmetlerinin her aşamada bilimsel kanıtlara dayalı olarak yürütülmesi,
- İyi kalitede ve maddi olarak karşılanabilir bir biçimde sunulması,
- Uygun bir teknoloji ve enformasyon sistemine sahip olması,
- Sağlık hizmetlerinin sürdürülebilir nitelikte finansmana sahip olması,
- Hazırlanacak yeni politikalar içinde Alma Ata Deklarasyonunda tanımlanan temel sağlık hizmetlerinin sağlanması ve geliştirilmesi gereklidir.

9. Var olan ve öngörülen sağlık koşullarını, sosyo-ekonomik durumlara, insanların ve toplumların ihtiyaçlarına uygun biçimde yöneltilen kamu ve özel yatırımlar yoluyla daha iyi yanıt verecek bir çerçevede sağlık hizmet sunumu sistemlerinin geliştirilmesi yönündeki çalışmalar sürdürülmelidir.

10. Sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, iyileştirilmesi tek yönlü bir çalışma değildir: sağlık alanındaki tüm kurum ve kuruluşlar, toplumlar, aileler ve bireyler birbirine bağlıdır. Ulusal ve uluslararası olarak, sağlığa yönelik tehditlere karşı birlikte davranılmalı ve evrensel iyilik halinin geliştirilmesine katkıda bulunulmalıdır.

11. Tüm kamu sağlık kurumlarında araç-gereç envanteri yapılmalı, kullanılacak teknolojinin modeli, amortisman süresi, çalışma verimi, kullanımındaki gereklilik ölçümleri yapılıp sürekli denetlenmelidir.

ARAŞTIRMA - GELİŞTİRME (AR-GE)

1. AR-GE hizmetlerine yönelik çalışmalar desteklenmeli ve geliştirilmelidir.

2. İlaç AR-GE ve üretim çalışmalarına hız kazandırılmalıdır.

3. AR-GE faaliyetlerinde bulunan kamu kurum ve kuruluşları ile üniversitelerimizin bilim ve teknoloji altyapıları ileri teknolojilerle modernize edilmelidir.

4. Kamu araştırma kurumlarının ve bakanlıklara bağlı araştırma birimlerinin amaçları doğrultusunda çalışmaları için yasal düzenlemelere gidilmelidir.

5. Araştırma-geliştirme çalışmaları için yeni uygulama alanları yaratılırken, kamu-özel sektör işbirliği yapılmalı, üniversite hastanelerinin araştırma, eğitimle referans konularına ağırlık vermesi sağlanmalıdır.

6. Devlet, sağlık sisteminin denetimine, araştırma geliştirme faaliyetlerine ve eğitime ağırlık vermelidir.

ARAÇ – GEREÇ

1. Ülkemiz insanının kaliteli sağlık hizmeti alabilmesi, sağlığının korunması ve özellikle kullanılan cihaz veya tıbbi üründen zarar görmemesi için bu ürünlerin ülkemize girişi ile ülkemiz içinde üretilmesinin ciddi bir şekilde denetlenmesi büyük önem taşımaktadır. Tıbbi cihazlar ile diğer tıbbi ürünlerin üretiminde, günümüzde çok olumlu gelişmeler yaşanmakla birlikte, bu alandaki denetimsizlik kötü sonuçlar da doğurabilmektedir.

2. Ülkemizin tıbbi cihaz ve ürünler konusundaki zayıflığı hem çok büyük bir sağlık riski oluşturmakta hem de denetimsizlik nedeniyle giren kalitesiz ve sertifikasız cihazlar büyük bir döviz kaybına neden olmaktadır. Aynı zamanda ülkemizde üretilenlerin ihracat imkanlarını da büyük ölçüde kısıtlamaktadır.

3. TSE tarafından hazırlanan ve zorunlu standart yapılması isteği ile Sağlık Bakanlığına gönderilen standartlar etkin bir denetim organı olmadığı için uygulamaya sokulamamakta, bu da yine piyasada bir denetim boşluğu yaratmaktadır.

4. Ülkemizde üretilen ürünlerin belgelendirilmesi ile ithal edilen ürünlerin denetimi etkin bir organizasyonun varlığı ile mümkündür. Mevcut denetim boşluğu hem ülkemiz insanının sağlığını tehdit etmekte hem de kıt ülke kaynaklarının israfına ve büyük döviz kaybına neden olmaktadır.

5. Ülke çapında örgütlenecek SES teşkilatı, özellikle üst yönetimler düzeyinde uzun vadeli öngörüye sahip teknolojilerle (donanım, yazılım) donatılmalıdır. Teknoloji alımında ulusal ve uluslararası yeterlik kriterlerine bağlı kalınmalıdır.

6. SES kademeli olarak faaliyete geçirilmeli, prototipler geliştirilmeli ve kullanıma geçmeden önce pilot bölgelerde test edilmelidir. Her kademede, faaliyet geçmeden önce o kademe ile ilgili personel ataması eğitimi yapılmalı ve gerekli malzeme, araç – gereç vb. sağlanmalıdır. Enformasyon sistemlerinin kurulması uzun vadeli bir iştir. Enformasyon sistemi yalnız donanım alımı olarak görülmemeli, sabırsızlıkla sistemlerin bir an önce kurulmasını bekleyen üst düzey yöneticilere bu tür çalışmaların uzun zaman alacağı, sabır ve özenle devam ettirilebildiği ölçüde başarıya ulaşılabileceği anlatılmalıdır.

7. Tüm kamu sağlık kurumlarında araç-gereç envanteri yapılmalı, kullanılacak teknolojinin modeli, amortisman süresi, çalışma verimi, kullanımındaki gereklilik ölçümleri yapılıp sürekli denetlenmelidir.

AVRUPA BİRLİĞİ

1. AB'ye girişimizi ve gümrük birliği işleyişini etkileyecek mevzuatın 31.12.2000 tarihine dek çıkarılması gerekmektedir. Bundan dolayı, sağlık sektöründe de AB'ye uyum çalışmaları başlatılmalıdır.

2. Sağlık sektörünün finansal yapılanması, hakkaniyet, eşitlik ve adalet ilkelerine bağlı olarak gerçekleştirilmelidir.

3. Tıp eğitiminin temel amacı "toplumun gereksinimleri dikkate alınarak uluslararası nitelikte hekim yetiştirmek" olduğuna göre, gerek mezuniyet öncesi gerekse sürekli tıp eğitiminde olduğu gibi, mezuniyet sonrası tıp eğitiminde de üstün niteliğin sağlanabilmesi, ancak bu eğitimin her kademisinin uluslararası normlarda standardizasyonu ile olasıdır.

4. Ticarette teknik engellerin kaldırılmasına yönelik olarak Avrupa Topluluğu mevzuatına uyum çalışmaları halen devam etmekte olup, bununla ilgili Türk Akreditasyon Kurumu Kuruluş ve Görevleri Hakkında Kanun yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Hukuki altyapıyı tamamlayacak olan Ürünlere İlişkin Teknik Mevzuatın Hazırlanması ve Uygulanmasına Dair Kanun taslağı ile uygulamaya yönelik yönetmeliklerin bir an önce sonuçlandırılması gerekmektedir.

5. Söz konusu yasalar ve bu yasalara dayanarak Sağlık Bakanlığınca hazırlanan yönetmelik taslakları (Tıbbi Cihazlar Yönetmelik Taslağı, Vücuda Yerleştirilebilir Aktif Tıbbi Cihazlar Yönetmelik Taslağı, İnvitro Tanı Kitleri Yönetmelik Taslağı vb.) tıbbi ürünlerin

üretimi, satışı ve kullanımı ile ilgili olarak Bakanlığa birçok görevler yüklemektedir. Bu görevlerin ifası, ancak konu ile ilgili teknik ve bilgi donanımına sahip birimlerin varlığı ile mümkündür. Bu çerçevede Bakanlık da konuyla ilgili ulusal mevzuatı ve sektörel denetim mekanizmalarını oluşturmak zorundadır.

6. Hava-kara-deniz bağlantılı acil kurtarma merkezleri kurulmalıdır (özellikle trafik kazalarının yoğun olduğu noktalarda ve kırsal kesimlerin ulaşım sorunları olan bölgelerinde). Yine ulaşım sorunu olan Doğu, Karadeniz ve diğer bölgelerimizde bölgenin yapısına uygun acil tıp hizmetleri planlanmalıdır. Örneğin karın yoğun olduğu bölgelerde motorlu kızak tipi, dar caddeli kalabalık bölgelerde golf arabası benzeri ambulanslar geliştirilmesi yönünde çalışmalar yapılabilir (Kanada, Metro Toronto Ambulance Organization'da değişik örnekler mevcuttur).

7. Avrupa Kemik İliği Transplantasyon Birliği'nin (EBMT) şart koştuğu; mikrobiyolog, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı, fizik tedavi uzmanı, psikoterapi uzmanı, veri kayıt görevlisi kadrolarının tahsisi gerekmektedir.

8. Ülkemizdeki insanların layık oldukları ilaç ve eczacılık hizmeti sunabilme yolundaki çabalar, Avrupa Birliğiyle bütünleşme süreciyle birlikte ivme kazanmış bulunmaktadır. Artık, yalnızca ilaç üretimi ve sunumuyla sınırlandırılamayan eczacılık, ilaç bilgisi ve danışmanlık hizmeti de vermelidir.

9. Türkiye'nin AB ile olan ilişkileri çerçevesinde yükümlülükleri ve imkanları konusunda sağlık sektörünü oluşturan tarafların etkin bir biçimde bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi sağlanmalıdır. Sağlık güvence sisteminde yeterli esneklik, verimlilik ve şeffaflık sağlanmalıdır.

10. Birlik'le Türkiye arasında sağlık alanında hizmetlerin serbest dolaşımını temin etmek amacıyla sağlık eğitimi veren kuruluşlarda eğitim programları standardize edilmelidir. Serbest dolaşım için mevzuatta gerekli değişiklikler yapılmalıdır.

11. Sağlık hizmetlerindeki başarılarını, kullandıkları teknolojiyi örnek aldığımız gelişmiş ülkelerdeki istihdam alanları örnek alınmalı veya çağın gerektirdiği yeni istihdam alanları yaratılmalıdır.

BESLENME

1. Toplu beslenme hizmetleri iyileştirilmeli ve yaygınlaştırılmalıdır.

2. Toplum beslenmesinin iyileştirilmesine yönelik çalışmalar yapılmalıdır.

3. 28 Haziran 1995 tarihli Kanun Hükmünde Kararname ve buna bağlı olarak yayınlanan yönetmeliklerde "gıda" ile toplu beslenme hizmetleri ürünü olan "yemek" ayrımı yapılarak, toplu beslenme hizmetlerinin yönetim ve denetiminden sorumlu ve yetkili meslek grubu iyi ayırt edilmelidir.

4. Toplu beslenme hizmetlerinde çalışacak mutfak ve yemekhane personelinin konu ile ilgili bir hizmet içi eğitim sertifika programında eğitilmiş olması koşulu aranmalıdır.

5. Toplu beslenme hizmetleri verilen kuruluşlarda servis edilen yemeklerden, yöntemine uygun olarak örnek (numune) alınarak en az 48 saat saklanması zorunlu hale getirilmelidir.

6. Kuruluşlarda herhangi bir besin zehirlenmesi olduğunda vakanın Sağlık Bakanlığına bildirilmesi sağlanmalı ve konu ile ilgili olarak Sağlık Bakanlığında da dokümantasyon merkezi oluşturulmalıdır. Zehirlenen kişilerin kan örnekleri Hıfzıssıhhaya gönderilmelidir.

7. Hizmetin her aşaması ve fiziki koşullar için standartlar geliştirilmeli, bunlar tüm toplu beslenme hizmeti veren yerler için uygulanması zorunlu hale getirilmelidir.

8. Planlama, koordinasyon, uygulama, denetleme ve izleme işlevlerini yerine getirecek "Ulusal Besin ve Beslenme Örgütü" kurulmalıdır.

9. Besin zenginleştirmeye yönelik yasal düzenlemeler yapılmalıdır.

10. 9 Temmuz 1998 tarih ve 23397 Sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Türk Gıda Kodeksi Yemeklik Tuz Tebliğinde (98/11) belirtilen "Tüm Yemeklik Tuzların İyotla Zenginleştirilmesi" Tebliğinin uygulanmasına işlerlik kazandırılmalı, denetim ve kontroller yapılmalıdır.

11. İthal edilen canlı hayvan, et ve et ürünleri ile ilgili yasalar günün şartlarına göre düzenlenmeli ve zoonoz hastalıkların bulaşmasına engel olunması için gerekli önlemler alınmalıdır.

12. Çeşitli bakanlık, kurum ve kuruluşlara dağılması sebebiyle sistemsiz ve etkin olmayan Çevre Sağlığı ve Gıda Güvenliği'ne yönelik izleme ve denetim hizmetlerinin, hizmet sunumda kaliteyi sağlayacak şekilde tek elde birleştirilmesi amacıyla Başbakanlığa bağlı Çevre Sağlığı ve Gıda Güvenliği Başkanlığı kurulmalıdır.

DENETİM

1. Sağlık hizmeti sunan kuruluşlar finansal faaliyetleri açısından denetlenmeli ve akredite edilmelidir.

2. Sağlık hizmetlerinin tüm kademelerinde SAİG'in nicelik, nitelik, eğitim, kullandıkları teknoloji, verim, uyguladıkları mevzuat, hizmetlerin sorunları ve çözümleri yönünden, çağa ve insanlarımıza yakışan bir düzeye ulaşılması için denetimin sürekli olması zorunludur.

3. Denetim, teftiş gibi unsurlar cezalandırmak için değil, eğitim amaçlı olmalıdır. Sistemin işlerlik ve sürekliliği denetlenmelidir. Denetimin, konusu ile ilgili eğitim görmüş elemanlar tarafından yapılması, sağlık hizmetlerinin nicelik ve niteliği kadar maliyetini etkileyeceğinden kaynak israfının önleneceği de unutulmamalıdır.

4. Bu konuda yetişmiş insangücünün etkin bir şekilde değerlendirilmesi ve bu alanda eğitim almak isteyen insanlarımızın cesaretlendirilmesi için kamunun ihtiyacı olan kadroların tespit edilerek en kısa sürede kadro imkanlarının yaratılması ile daha etkin bir biçimde kullanılması ve sağlık hizmetlerinin kalitesine önemli ölçüde tesir eden tıbbi cihazların kontrolü konusunda bir otorite olması gereken Sağlık Bakanlığı, bu alanda süregelen zafiyetini gidermiş olacaktır. Bu konuda halen çalışmaları devam eden Tıbbi Cihaz Yönetmeliğinin yürürlüğe girmesiyle oluşturulacak denetim mekanizmasının etkinliği de Biyomedikal Mühendislik konusunda yeterli bilgi birikimine sahip personelin varlığı ile mümkün olabilecektir.

5. Sağlık hizmetleri için SAİG istihdam eden özel sektöre sağlanan kredi vb. olanakların çok iyi denetlenip, suiistimaline imkan verilmemelidir.

DOĞAL AFETLER, İŞ VE EV KAZALARI

1. Sağlık hizmetlerinde afet yönetimi ve eğitimi başlatılmalıdır.

2. Sağlık hizmetleri açısından;

- Her yerleşim birimi için tek tek plan yapılmalıdır. (İl – İlçe – Köy)
- Bu planların birleştirilmesi ile ulusal plan oluşturulabilir.
- Her yıl planlar gözden geçirilerek yenilik ve ilaveler yapılmalıdır.
- Afet haritaları ve etkilenecek bölgelerdeki yapı durumu belirlenmelidir.
- Risk altındaki nüfus belirlenmeli, olası yıkım ve afetzede sayısı belirlenmelidir.

3. Sağlık hizmetleri ulusal plan içerisinde yer almalıdır.

- Sağlık sektörünün esas görevi afette yaralıların ve sağlık birimlerine ulaştırılabilenlerin tedavisi ve ölümlerin önlenmesidir. Bu amaçla iyi bir organizasyona gereksinim vardır. Yerleşik sağlık birimlerinin yeterli olduğu durumlarda ayrı bir organizasyona gereksinim daha azdır. Yerleşik birimlerin yetersiz kaldığı ya da yıkıma uğradığı durumlarda afete özel bir organizasyona gidilmelidir. Yerleşik birimlerdeki personel görev yerini terk etmemelidir. Kendi ya da yakınlarının yardımı ile kurtulan afetzedelerin ilk gelecekleri yer eskiden beri bildikleri sağlık birimi olacaktır. Bu nedenle bu birimlerde ya da yakınında hizmet verebilecek şekilde organizasyon planlanmalıdır. Yörede mevcut birinci, ikinci ve üçüncü basamak tedavi kurumlarının depreme dayanıklılıkları ve hizmet kapasiteleri belirlenmelidir. Yıkıma uğramaları olasılığı göz önünde bulundurularak civar kurumlar alternatif olarak planda yer almalıdır.
- İlk kabul yerlerini, kazazedeleri; ölmüş, ümitsiz, acil yardım gereksinimi bulunan, izlenmesi gerekli ya/ya da iyileşebilir ayırımının yapılabileceği olanaklar ile donatmalı ve kendilerine yardım edebilecek durumda olanlara basit ve anlaşılır eğitim verilmelidir. Bu sayede personel, zaman ve malzemenin kurtarılamayacak ya da yardıma gerek olmadan iyileşecek yaralılara harcanması önlenir.
- Seyyar hastane ve acil yardım hizmetleri planda yer almalıdır.
- Afetten sonra alınacak önlemler ve uygulanacak koruyucu sağlık hizmetleri son derece önemlidir. Tahmin edilen afetzede sayısına göre yetecek temiz su, besin, geçici barınma olanakları, ulusal planda yer almalıdır. Bu amaçla yerleşik sağlık birimlerindeki personele eğitim verilmelidir.

- Afetlerden hemen sonra Ankara da toplanan pek çok bakanlık Kızılay Genel Müdürlüğü ve Genel Kurmay Başkanlığından katılan üyelerce oluşturulan "Afetler Merkez Koordinasyon Kurulu" ile, il ve ilçelerde oluşturulan "İl – İlçe Kurtarma ve Yardım Komiteleri" mevcut hasar ve önceden hazırlanan ulusal plan doğrultusunda daha etkin görev yapabilirler.

- Afet Komisyonları sürekli hale getirilmeli, koordinasyonlar ve çözüm önerileri oradaki uzman kişiler tarafından dile getirilmelidir. Bu komisyonda mutlaka özel kurtarma gönülleri ile Türkiye Kömür İşletmeleri kurtarma ekiplerinden kişilerde olmalıdır ki onların deneyimlerinden daha objektif çözümlere ulaşılabilinir.

4. Kriz dönemlerinde hızlı ve etkili müdahale için önlemler alınmalıdır. Tabii afetlerde hızla mobilize olabilecek teknik alt yapıya sahip ekipler oluşturulmalıdır. Kriz sağlık ekiplerinin oluşturulmasında farklı sektörler ve disiplinlerin koordinasyonu esas alınmalıdır.

EĞİTİM

1. İlmi Koordinasyon ve Standardizasyon Kurulu kurulmalı ve işlerlik kazandırılmalıdır.

Mesleki Eğitim Öncesi :

2. Mesleklerin hiçbiri eğitimlerini yeterli görmemektedir. Mesleğe yöneltecek eğitimin ilk okuldan başlayarak, meslek öncesi ve hizmet içi eğitim planları sorunları çözecek şekilde yenilenmelidir.

3. Çağın ve ülkemizin gereklerine uygun yeterli sayı ve kalitede sağlık insangücünün yetiştirilmesi, mevcut insangücünün verimini arttırmaya yönelik eğitim sistemi geliştirilmelidir.

4. Üniversitelerimizin modern çağın teknolojik gelişmeleri ışığında eğitim ve öğretim faaliyetlerinde bulunmalarının yanı sıra, insan hak ve özgürlüklerinin geliştirilmesi konusunda da öncülük etmeleri sağlanmalıdır.

5. Üniversitelerimiz mali, idari ve bilimsel yönden özerk hale getirilmelidir.

6. Sağlık kurumlarının yönetim biçimi yeniden gözden geçirilmelidir. Ülkemizde sağlık hizmeti veren kuruluşların sayısal değerler yanında hatta ondan daha fazla kalite

yönetimine önem vermeleri, bu konuda gerekli eğitimleri almaları ve bir an önce hayata geçirme çabalarına girişmeleri, çağdaş sağlık hizmeti sunmanın vazgeçilmez unsurlarıdır.

7. SES yaşama geçirilmeden önce tüm personel böyle bir sisteme güçlü ve inançlı olarak hazırlanmalıdır. Aksi takdirde, personelin dirençle karşı koyması sistemin kurulmasını, işleyişini ve etkinliğini kötü yönde etkileyebilir. SES ne kadar iyi tasarlanırsa tasarlansın, eğer personel; SES'in işlemesinde kendisinin ne denli önemli olduğunu, ne gibi görevleri olduğunu ve SES'in günlük çalışmalarında kendisine ne tür yararlar sağladığını bilmemesi durumunda SES'in başarılı olamayacağı kuşkusuzdur.

8. SES'in fonksiyonel biçimde çalışmasında en önemli unsur personeldir. Her düzeydeki personelin eğitimi SES'in istenen düzeyde işlemesi için hayati öneme sahiptir. Bu nedenle her personel görevi ve pozisyonu da dikkate alınarak etkin biçimde eğitilmelidir. Eğitim etkinlikleri hem okulda, hem görev başında sürekli olarak yapılmalıdır.

9. Başta tıp fakülteleri olmak üzere sağlık meslek liseleri ile sağlık personeli yetiştiren ön lisans ve lisans düzeyinde eğitim veren fakülte ve yüksekokulların müfredat programlarına SES eğitimi eklenmelidir. Ayrıca, SES konusunda lisans ve lisans üstü eğitim verilmelidir.

10. Sağlık sektöründe bilgisayar okur – yazarlığının yaygınlaştırılması SES için de önemli bir faktördür. Bu personel maddi olarak destelenmeli ve bilgisayar eğitim düzeylerini yükseltici önlemler alınmalıdır.

11. Sağlık hizmetlerinin sunumunda olduğu gibi SES'in etkin olarak işlemisinde de kilit personel hekimlerdir. Hekimlerin SES eğitimine önemli derecede ağırlık verilmelidir. Bu nedenle tıp fakültelerine bu konuda önemli görevler düşmektedir. Tüm tıp fakültelerinde Biyoistatistik anabilim dalları kurulmalı ve bu anabilim dalına bağlı SES Bilim Dalı oluşturulmalıdır. Bu bilim dalları SES konusunda ders verecek elemanları yetiştirme, SES ile ilgili bilimsel araştırmalar yapma, SES'e uzman eleman yetiştirme ve eğitim programları geliştirme ve her düzeyde eğitim görevleri üstlenmelidir.

12. Ülkemizde insanların layık oldukları ilaç ve eczacılık hizmeti alabilmesi yolundaki çabalar, Avrupa Birliğiyle bütünleşme süreciyle birlikte ivme kazanmış bulunmaktadır. Artık, yalnızca ilaç üretimi ve sunumuyla sınırlandırılamayan eczacılık, ilaç bilgisi ve danışmanlık hizmeti de verilmelidir.

- Eczacılık mesleğinin, 21. yüzyıldaki çehresine yönelik eğitim modelleri her kademede oluşturulmalı ve geliştirilmelidir.
- Eczacılık eğitimi kalitesinin sürekli iyileştirilmesine ilişkin araçlar biçimlendirmelidir.
- Bu hedeflere dönük altyapı unsurlarını uygulamaya aktarmak gibi hedefler üzerine yoğunlaşılmalıdır.

14. Teknolojiden azami ölçüde faydalanılması ve yaşam boyu bilgi artırımı öğretilmelidir. Buna, tıp literatürünü takip edebilmeyi sağlayacak yabancı bir dilin öğretimine destek de dahildir.

15. Temel bilimler ve klinik bilimler entegre bir programla sunulmalıdır.

16. İnsan vücudu ile ilgili bilgilerin verilmeye başladığı andan itibaren hasta başı eğitim için zaman ayrılmalıdır. Öğrenci, eğitimi içerisinde mümkün olduğunca erken bir zamanda hasta ile karşılaşmalıdır.

17. Özellikle pratik eğitimlerde belli bir süre için, fakülte dışı akademisyen olmayan hekimlerden faydalanılması organize edilmelidir. Bu durum, öğrencinin toplumla ve yardımcı sağlık personeli ile karşılaşmasını sağlamanın ötesinde, söz konusu hekimlerin de mezuniyet sonrası eğitimine katkıda bulunup, hizmetin kalitesini yükseltebilecektir.

18. Teorik ağırlıklı dersler temel ve klinik bilim dallarının organizasyonu ile sadeleştirilmeli ve entegre edilmelidir. Teorik dersler, bilginin dikte ettirildiği değil, bilgiye ulaşma yollarının ve tecrübenin aktarıldığı nitelikte olmalıdır. Spesifik tıbbi sorunların, multidisipliner planlama ile belirlenip çözümlenmesi teknikleri öğretilmelidir.

19. Ulaşma yolları öğretilen ve rehberlik edilen teorik bilginin bazal düzeyi, bilimsel tekniklerle hazırlanmış soru bankasından faydalanılan yazılı sınavlarla objektif bir şekilde ölçülmelidir. Bu sınavların ulusal bazlı olması yararlı olacaktır.

20. Teorik bilginin hemen hastaya uygulanması ve sentez yeteneğinin geliştirilmesi için küçük gruplar halinde pratik eğitim verilmelidir.

21. Bu dersin eğitim saatleri standardize edilmeli, amaçları ayrıntılı olarak belirlenmeli ve bir müfredata dayandırılmalıdır. Vaka örneği üzerinde sentez esasına dayanan bu tarz

eğitimde öğrenci ve öğretmen için her ders saatine yönelik ayrıntılı kılavuzlar hazırlanmalıdır.

22. Her eğitim birimi için esansiyel pratik beceri konuları tespit edilmeli ve sorumlu öğretim üyesinin, gözetimdeki öğrenciler için dolduracağı ve yeterlilik tayini özelliği taşıyan formlar düzenlenmelidir. Beceri laboratuarları bu sisteme eklenebilir.

23. Öğretim elemanlarının öğretme teknikleri ile ilgili eğitimi sağlanmalıdır.

24. Çocuk sağlığı ve hastalıkları, dahiliye, cerrahi ve kadın-doğum gibi ana branşlarla ilgili çekirdek müfredat, yukarıdaki ilkeler doğrultusunda hazırlanmalıdır.

25. Çekirdek müfredat dışında, ilgi alanlarına göre bilgi genişletilmesi ve araştırma yöntemlerine yönelik eğitimin verilmesini sağlayan "seçmeli" ders imkanları sağlanmalıdır.

26. İleri sınıflardaki öğrencilerin ilk sınıflardaki öğrencilerin pratik eğitim derslerinde rol alabilmelerini sağlayacak organizasyonlar yapılarak, "öğretirken öğrenme" eğitimine imkan verilmelidir.

27. Özellikle ileri sınıflarda artan bir biçimde, hastane içindeki ve dışındaki stajlarda ekip çalışmasına öğrenciler entegre edilmelidirler. Böylece sağlık örgütlenmesindeki hekimlik rolü ve sağlık yönetimi eğitimi de sağlanacaktır.

28. İnsan vücudunun yapısını ve hasta bakımını multidisipliner entegrasyon ve hasta ile karşılaşarak öğretmenin yanı sıra insan sağlığının korunması ve hastalıkların önlenmesi ile ilgili eğitim de dengeli bir şekilde ve toplumun sağlık gereksinimleri göz önünde tutularak verilmelidir.

29. Davranış bilimleri ve deontolojiye tüm tıp eğitimi boyunca yer verilmelidir. Mesleki tutum ve etik kavramının tıbbın her aşamasında yerleşmesi sağlanmalıdır. Evrensel hasta ve hekim hakları ile ülkemizde ve Avrupa topluluğunda hekimleri ilgilendiren hukuk kuralları öğretilmelidir.

30. Maliyet-yarar ilişkisi ve sağlık ekonomisi, eğitimin içinde önemli bir kavram olarak verilmelidir.

31. Fakülte kütüphaneleri konvansiyonel depo hizmeti dışında, teknolojinin, bilgiye ulaşımı sağlayacak tüm unsurlarını yeterli ölçüde içermeli ve 24 saat hizmet vermelidir.

32. Eğitimin her aşaması, eğitimin bilimlerindeki gelişmeleri aktaracak, gerekli modifikasyonları veya rasyonel değişiklikleri yaptırabilecek biçimde tıp eğitimi ana bilim dallarının gözetim ve kontrolünde olmalıdır.

33. Tıp eğitimi veren kişilerin bağımsızlığı sağlanmalı; teorik sınav, pratik takip ve senteze yönelik tıp nosyonunu değerlendiren pratik sınavlar sonucu yeterli görülmeyen öğrencilerin eliminasyonuna imkan verilmelidir.

34. Rehber öğretim üyeliği müessesesinin etkinliği arttırılmalıdır.

35. Kısa da olsa, karşılıklı eğitim programları organizasyonları vasıtasıyla yabancı tıp fakülteleri ziyaret edilmelidir.

36. Mezuniyet sonrası eğitim ile burada tespit edilen ilkelerin yaşam boyu sürekliliği sağlanmalıdır.

37. Öğretim üyelerinin bu standart ve kalitedeki eğitim verip, eğitim hastanelerinin hizmet ve işletme çarkını da üst düzeyde tutabilmelerini sağlamak için özlük hakları iyileştirilmelidir. Döner sermaye uygulamaları hizmet, eğitim ve araştırmayı özendirici şekilde yapılmalıdır.

38. Sağlık kuruluşlarında yönetim pozisyonlarında görev alacaklarda sağlık yönetimi, işletme, kamu yönetimi vb. alanlarda yüksek lisans yapmış olma şartı aranmalıdır.

39. Sağlık hizmetlerinde asgari standartlık sağlanmalı, dublikasyonlar ve rantabl olmayan teknoloji alımından vazgeçilmelidir.

40. Meslek standartlarının belirlenmesi ve tanımının açıklık kazanması, SAİG'i istihdam edeceklerin ve iş, hizmet vermek isteyen SAİG'in nelerin gerektiğini bilmesi bakımından önemli olup hizmetin niteliğine büyük oranda etkisi vardır. Bu konuda Meslek Standartları Komisyonu (MSK) ve Araştırma ve Teknik Hizmetler Birimi (ATHB) ile işbirliği yapılabilir.

41. Tıp fakülteleri ile birlikte sağlık personeli yetiştiren tüm eğitim birimleri müfredatlarını gözden geçirmeli ve çağdaş eğitim teknikleri kullanılmalıdır.

42. Avrupa Birliğine tam üyelik perspektifi göz önünde bulundurularak, Türk mevzuatına aktarılacak ve yeni bir takım sistemler getirecek olan AB mevzuatı çerçevesinde, Bakanlığın sorumluluğuna giren alanlarda, yapılanmaları farklı olan, örneğin Tıbbi Cihaz Ajansı, İlaç Ajansı gibi yeni kurumların oluşturulmasına imkan tanınmalı ve burada görev alacak personel için gerekli eğitim sağlanmalıdır.

43. Sağlık Bakanlığı ve diğer kuruluşlarca toplanan veriler SES Genel Müdürlüğü'nde bir havuzda biriktirilmeli ve buradan ilgililere dağıtılmalıdır. Veriler alt kademelere mutlaka bilgi olarak geri gönderilerek, her düzeyde hizmet değerlendirilmesi ve planlama yapılması sağlanmalıdır. Bu işlem ayrıca alt kademedeki personele gönderdikleri verilerin bir şeye yaradığını görmeleri yönünden de yararlıdır.

44. SES yaşama geçirilmeden önce tüm personel böyle bir sisteme güçlü ve inançlı olarak hazırlanmalıdır. Aksi takdirde, personelin dirençle karşı koyması sistemin kurulmasını, işleyişini ve etkinliğini kötü yönde etkileyebilir. SES ne kadar iyi tasarlanırsa tasarlansın, eğer personel; SES'in işlemesinde kendisinin ne denli önemli olduğunu, ne gibi görevleri olduğunu ve SES'in günlük çalışmalarında kendisine ne tür yararlar sağladığını bilmemesi durumunda SES'in başarılı olamayacağı kuşkusuzdur.

45. SES'in fonksiyonel biçimde çalışmasında en önemli unsur personeldir. Her düzeydeki personelin eğitimi SES'in istenen düzeyde işlemesi için hayati öneme sahiptir. Bu nedenle her personel görevi ve pozisyonu da dikkate alınarak etkin biçimde eğitilmelidir. Eğitim etkinlikleri hem okulda, hem görev başında sürekli olarak yapılmalıdır.

46. Başta tıp fakülteleri olmak üzere sağlık meslek liseleri ile sağlık personeli yetiştiren ön lisans ve lisans düzeyinde eğitim veren fakülte ve yüksekokulların müfredat programlarına SES eğitimi eklenmelidir. Ayrıca, SES konusunda lisans ve lisans üstü eğitim verilmelidir.

47. Sağlık hizmetlerinin sunumunda olduğu gibi SES'in etkin olarak işlemesinde de kilit personel hekimlerdir. Hekimlerin SES eğitimine önemli derecede ağırlık verilmelidir. Bu nedenle tıp fakültelerine bu konuda önemli görevler düşmektedir. Tüm tıp fakültelerinde Biyoistatistik anabilim dalları kurulmalı ve bu anabilim dalına bağlı SES Bilim Dalları oluşturulmalıdır. Bu bilim dalları SES konusunda ders verecek elemanları yetiştirme, SES ile ilgili bilimsel araştırmalar yapma, SES'e uzman eleman yetiştirme ve eğitim programları geliştirme ve her düzeyde eğitim görevlerini üstlenmelidir.

ENFORMASYON VE DOKÜMANTASYON

1. Günümüzde kullanılan tıbbi cihaz ve ürünlerin çeşitliliği göz önüne alındığında halen ithalatta denetlenebilen ürünlerin tıbbi cihazları hiç kapsamadığı, ilaç ve kozmetikler dışında diğer ürünlerin ise çok küçük bir kısmını kapsadığı görülmektedir.

2. Sağlık sektörünün tamamını içeren bir yönetim bilgi sistemi kurulmalı ve finansal bilgiler de bu sistem içerisinde ilgilenen herkese sunulmalıdır.

3. Sağlık enformasyon sistemleri (SES) işlemleri çok kapsamlı bir sistematiği, otomasyonu ve bürokratik işlemleri gerektirmektedir. Bu işlerin ülke çapında organizasyonunda Sağlık Bakanlığı baş sorumlu olmalı, diğer kamu ve özel kuruluş ve kişiler Bakanlığa yardımcı olmalıdır. Bu konuda gerekli yasal düzenleme ile bürokratik işlemleri hızlandırıcı yasal düzenlemeler süratle gerçekleştirilmelidir.

4. Sağlık Bakanlığı bünyesinde SES Genel Müdürlüğü süratle kurulmalıdır. Bu Genel Müdürlük bünyesinde birisi Bakanlık içi, diğeri ülke çapında kurumlar arası enformasyon ilişkilerini düzenlemek için iki kurul oluşturulmalıdır. Bu ikinci kurul; DİE, DPT, SSK, üniversiteler ve ilgili bakanlık temsilcileri ve diğer ilgililerden oluşmalıdır. Bu kurullar; SES ile ilgili planlama, organizasyon, denetleme, yeniden düzenleme görevlerini üstlenmelidir. SES Genel Müdürlüğü gereken miktarda ve nitelikte eleman, malzeme ve diğer olanaklarla donatılmalıdır. İl, ilçe ve hastane bazında SES ile koordineyi sağlayacak hastane enformasyon sistemleri (HES) üst-kurullarının da oluşturulması gerekmektedir.

5. Sağlık Bakanlığı ve Türk Standartları Enstitüsü birlikte çalışarak ülke çapında uluslararası normlara uygun ve her basamak sağlık örgütü için gerekli standartları geliştirmeli ve ülke genelinde kullanılmasını sağlamalıdır. Bu amaca yönelik olarak Türk Standartları Enstitüsünde "Sağlık Standartları Uzmanlık Komisyonu" oluşturulmalıdır.

6. Sağlık düzeyi ve sağlık hizmetlerinin sunumu ile ilgili veriler yanında sağlık hizmetlerini kullanım, finansman, ulaşılabilirlik, demografik özellikler, sağlık ekonomisi, insangücü, hizmet maliyeti gibi konularda da veri toplanmalıdır.

7. SES'e atanacak her türlü personelin seçiminde titiz davranılmalı ve objektik kriterler konulmalıdır. Politik baskı ve tercihlerden etkilenmeksizin, liyakat ve başarı ön planda tutulmalıdır. SES'e başarılı hizmeti veren personel ödüllendirilmeli, başarısızlara mutlaka yaptırım uygulanmalıdır. Merkezdeki ve periferdeki personelin sık sık yer değiştirmesi

engellenmeli, hizmette sürekliliği sağlayabilmek için yerine başka bir görevli gelmeden kimse görevi terk etmemelidir.

8. Hastanelerimizin teşkilat yapıları tıbbi arşivlerin tam kapasiteli hizmet sunumları için yeterli olamamakdır. Tıbbi arşivler büyüyen bir yapıya sahiptir, sürekli olarak raf, oda, salon, bina ve arazi istemektedir. Değil küçük çaplı hastaneler maksimum kapasite ile çalışan üniversite hastaneleri bile bu ilerleyişe cevap verebilecek kapasitede değildir. Profesyonel arşiv politikaları ile çalışan, işlevi yalnızca bu olan hastanelerde üretilen tıbbi dokümanların bir uzmanlık disiplini içerisinde arşivlenmesini sağlayacak il sağlık müdürlüklerinde taşra arşivi, Başbakanlık veya sağlık Bakanlığı bünyesinde merkezi bir Milli Tıp Arşivi'nin kurulmasına ihtiyaç vardır.

9. Kişilere verilecek il kodu, posta kodu, nüfus kütük numarası ve ailedeki kaçıncı birey olduğunu gösteren bir sayı grubundan oluşan numara bloğu o kişinin kayıt numarası olarak Türkiye'nin her yerinde kullanılabilmelidir. Bu numara sağlık için de geçerli olmalıdır.

10. Acil hastaların ve trafik kazazedelerinin yoğun olarak geldiği hastanelerin acil servisleri malzeme ve teçhizat yönünden yeterli hale getirilmeli ve donör yönetimi konusunda eğitimli ve deneyimli ekipler bu hastanelerde istihdam edilmelidir.

11. Transplantasyon için özellikle büyük illerde 24 saat açık olan bürolar – merkezler oluşturulmalı ve hastanelerdeki beyin ölümlerinin bu merkezlere rapor edilmesi zorunlu hale getirilmelidir. Bu merkezlerde görevli transplantasyon koordinatörü ve sosyal görevlilerin bildirim aldıkları hastanelere giderek gerekli organizasyonları yapmaları sağlanmalıdır.

12. Ulaşım sorunları çözülmeli ve harvest ekiplerinin hızlı ve güvenli bir şekilde ulaşımları gece gündüz sağlanabilmelidir.

13. Alıcıların bütün bilgileri merkezi sistemlerde toplanmalı ve organ dağılım ve paylaşımları bu merkezi sistem tarafından sağlanmalıdır. Bu konuda hali hazırda bu görevi ciddiyetle ve özveriyle yürüten Organ Nakli Paylaşım ve Koordinasyon Derneği desteklenmeli ve yetkilendirilmelidir.

14. Tüm sağlık hizmetlerinin etkin bir biçimde sağlanıp yürütülebilmesi için bilgisayar ve enformasyon ağının kurulması gereklidir.

ETİK-DEONTOLOJİ

1. SES'in hiyerarşisi içerisinde bilgi akışında etik kurallara ve gizlilik ilkesine uyulmalıdır.

FİNANSMAN – MALİYET

1. Sağlık sektörü finansal yapılanması hakkaniyet eşitlik ve adalet ilkelerine bağlı olarak gerçekleştirilmelidir.

2. Sağlık hizmetlerinin fiyatlandırılması maliyet temelli olarak yapılmalıdır.

3. Sağlık işletme ve kuruluşlarında işletme bütçesi sistemine geçilmelidir.

4. Sağlık hizmetleri maliyetlerinin denetim altına alınabilmesi için bilimsel metotlara dayalı olarak maliyet sistemleri oluşturulmalıdır.

5. Sağlık işgücünün maliyetlerinin optimize edilebilmesi için bilimsel metotlara uygun ve yerinde çalışmaları sağlanmalıdır.

6. Sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sunumu ayrı kuruluşlar tarafından gerçekleştirilmelidir.

7. Sağlık sektöründe kamu kaynak tahsisinde objektif olunmalıdır.

8. Sağlık tesislerinin etüt- proje hizmetleri için yeterli kaynak ayrılarak, arazinin topografik coğrafik ve zemin etütlerine dayalı her proje için ayrı mühendislik ve mimarlık hizmeti yaptırılmalıdır. Ayrıca ülkemizin deprem gerçeği göz önüne alınarak her yatırım için zemin etüt ödeneği tahsis edilmelidir.

9. Bina yatırımları rasyonel kriterler çerçevesinde belirlenmeli, uzun yıllara sari (10-15 yıl) planlamadan kaçınılarak daha makul sürelerde tamamlanmasına yönelik çalışmalar yapılmalıdır.

10. Kalkınma planında bina hedefleri yalnızca sayısal gerçekleşme oranlarına dayandırılmamalı, nitelikli ve hizmete uygunluk anlamında değerlendirilmeler de yapılmalıdır.

11. Mevcut sağlık tesislerinin iyi yönetimi sağlanarak yatak kullanım kapasitesinin artırılması, düşük kapasiteli veya işletilemeyen tesislerin gözden geçirilerek kaynak israfına son

verilmesi sağlanmalıdır. Bu şekilde yapılacak reorganizasyon ile çalışan ve işletilen hastanelere kaynak aktarılabilecektir.

12. İmar planında sağlık tesisleri için ayrılan alanların günübirlik değil ileriye dönük ihtiyaçlar dikkate alınarak hazırlanmasına çalışılmalı, mevcut planlarda bu imkan bulunmuyorsa arsa seçimi ile ilgili genel kuralların ve fizibilite etüdlerinin hazırlanmasına çalışılmalıdır. Mevcut planlarda bu imkan bulunmuyorsa arsa seçimi ile ilgili genel kuralların ve fizibilite etüdlerinin hazırlanmasına imkan sağlanmalıdır.

13. Sağlık mimarisi ve uygulamasında çalışan teknik grubun nitelik ve nicelik yönünden güçlendirilmesi; özellikle sağlık mimarisi konusunda lisansüstü eğitime geçilmesi sağlanmalıdır.

14. Ambulans hizmetlerinin aksamaması için bakım ve yakıt giderinin karşılanacağı düzenli gelir kaynağı olmalıdır.

15. Ülkemizin doğal zenginliklerinden olan tıbbi bitkiler yeterince değerlendirilememektedir. Bu bitkiler ülkemizden çoğu zaman ham ilaç olarak ihraç edilmektedir. Bu bitkilerin uluslararası standartlara uygun mamul ürün şekline dönüştürülerek ihraç edilmesi ülkemize büyük katkılar sağlayacaktır.

16. Genelde bünyesinde aktif ve inaktif çok sayıda komponent taşıyan bu bitkilerin içeriklerinin standardize edilmesi ve gerektiğinde izole edilebilmesi ancak bunlarla ilgili ileri araştırmalar yapılması sonrası olasıdır.

17. Sağlık ekonomisi içinde ilaç giderleri büyük bir oran tutmaktadır. Bunun takibi için ilacın üretiminden tüketimine kadar geçen her aşamada bu maliyetlerin teker teker değerlendirilmesi ve buna ilişkin bazı standartların oluşturulması gerekmektedir.

18. Temel kavram olarak akılcı ilaç kullanımı adı altında oluşturulacak standartlar ve bunların takip yöntemleri ülkemizde artmış ilaç giderleri ve bunların sonuçlarının objektif ölçüler içinde değerlendirilmesine imkan verecektir.

19. Hastanelerde standartların oluşturulması ve takibinde çok yarar sağlayacak bir kurum olan "Klinik Eczacılık" kavramının biran evvel gündeme getirilmesi uygun olacaktır. Bu sayede gün geçtikçe piyasaya sürülen ve kullanılan ilaçların sayılarının artması ile birlikte yoğunlaşan sorunları ön görmek, saptamak ve gelecekte oluşacak zararları en aza

indirmek mümkün olacaktır. Bu sayede genel bütçeden sağlığa ayrılan payın büyük bir kısmını kapsayan tedavi hizmetlerinin maliyetinin azaltılması sağlanacak ve böylelikle zaten kısıtlı olan kaynakların daha akılcı biçimde kullanılması mümkün olacaktır.

20. Gerek ilaç izlemi, gerek ilaçların kalite kontrollerinin yaygınlaştırılması, bu hizmetlerin Sağlık Bakanlığı denetiminde desantralize edilerek bölgesel merkezlere de kaydırılması ilacın üretiminden tüketimine kadar her kademede kontrolünü sağlamada yardımcı olacaktır.

21. Yatırım giderlerinin fazlalığı, istihdam darlığı nedeniyle serbest çalışan muayenehane hekim ve diş hekimlerinden yararlanılacak sistem uygulanmalıdır.

22. Sağlık hizmetlerinin sunum şekli yeniden, bütüncül bir bakış açısıyla örgütlenmelidir. Bu çalışmalar çerçevesinde hizmetin sunum ile finansmanının birbirinden ayrılması, merkezden taşraya yetki ve sorumluluk devri ilkeleri benimsenmelidir.

23. Çalışmalarına 1990 yılında başlanan ancak politik tercihler nedeniyle halen uygulamaya konmayan reformların yeniden gözden geçirilerek gündeme getirilmesi gerekmektedir. Sunum ve finansman birlikte analiz edilmelidir.

24. Proje karşılığı sağlanan mali imkanlardan araştırma kurumlarının, vakıfların, üniversitelerin, sanayinin, sivil örgütlerin ve diğer ilgili kurum ve kuruluşların faydalanmasına olanak sağlanmalı, sağlıkta devlet-sanayi ve üniversite işbirliği desteklenmelidir.

25. Ülke çapında örgütlenecek SES teşkilatı, özellikle üst yönetimler düzeyinde uzun vadeli bir öngörüye sahip teknolojilerle (donanım, yazılım) donatılmalıdır. Teknoloji alımında ulusal ve uluslararası yeterlik kriterlerine bağlı kalınmalıdır.

26. Sağlık düzeyi ve sağlık hizmetlerinin sunumu ile ilgili veriler yanında sağlık hizmetlerinin kullanımı, finansmanı, ulaşılabilirlik, demografik özellikler, sağlık ekonomisi, insangücü, hizmet maliyeti gibi konularda da veri toplanmalıdır.

FİZİK YAPILAR

1. Sağlık yatırımları proje ve fizibilite etüdlerine dayalı olarak gerçekleştirilmelidir.

2. Ulusal Sağlık Politikasına göre, hizmet biriminin gerektiği binaların inşası, mevcutların iyileştirilmesi sağlanmalıdır.

3. Bayındırlık ve İskan Bakanlığı birim fiyatları ile yapılan ihale yönteminin sağlık mimarisine olumsuzluğu dikkate alınarak yataklı tedavi kurumuna ait proje karakteristiğinin, etüd proje + inşaat + tıbbi donanım + donatım şeklinde belirlenerek, anahtar teslimi ihale usulüne geçilmesi sağlanmalıdır.

GERİATRİ

1. Sayıları gittikçe artan sakat ve özürlü hastalar kanser hastaları, kronik böbrek hastalarının tedavileri için gerekli merkezlerin artırılarak yurt geneline yaygınlaştırılmasına çalışılmalı, yaşlı ve bakıma muhtaç kimselerin bakım ve tedavilerinin yapılacağı geriatri hastaneleri açılmalıdır.

2. Aşıyla önlenebilir hastalıklar Türkiye'nin öncelikleri arasında olmasına karşın yaşlanan nüfus ve yaşam tarzındaki bozukluklar nedeniyle kronik hastalıklar da önemli sorunlar arasındadır. Kanser, kas ve iskelet sistemi hastalıkları, kardiyovasküler sistem hastalıklarına bağlı mortalite ve işgücü kayıplarının boyutlarının belirlenmesi ve bunlara yönelik önlemlerin alınması gerekmektedir. Türkiye'nin yaşlanan nüfus yapısı dikkate alınarak yaşlı sağlığına yönelik politikalar geliştirilmelidir.

ÜREME SAĞLIĞI

1. Kadın sağlığı-aile planlaması stratejileri ve eylem planı güncelleştirilerek uygulanmalı ve uygulamalar kurumsallaştırılmalıdır.

2. Bölgesel ve yerleşim yerlerine göre üreme sağlığı temel göstergelerindeki (doğum öncesi bakım alma, sağlıklı doğum, yenidoğan ölüm hızı, vb.) farklılıklar yüzde 50 azaltılmalıdır.

3. Doğumla ilgili hizmetler güvenli annelik yaklaşımı ile verilmelidir.

4. Yenidoğan bakım üniteleri, doğum yapılan hastanelerde yaygınlaştırılmalıdır.

5. Sağlık personeli yardımı almayan doğum oranı ülke düzeyinde en az yüzde 50 azaltılmalıdır.

6. Tüm üreme sağlığı hizmetleri (aile planlaması dahil) gereksinimi olan tüm yaş gruplarına ve her iki cinsiyetin ulaşabileceği "danışmanlık" hizmetleri temel sağlık hizmetleri birimlerinde yaygın olarak verilmelidir.

7. Adolesan gebelik sıklığı azaltılmalıdır.

8. Doğum ve düşük sonrası aile planlaması danışmanlığı ve kontraseptif yöntemler konusunda klinik hizmet sunumu yaygınlaştırılmalıdır.

9. Herhangi bir yöntem kullanan çiftlerin oranı yüzde 70'e çıkarılmalı; yöntem kullananlar arasında modern yöntem kullanma payı da yüzde 70'e olmalı,

10. Birinci basamak sağlık birimlerinin yüzde 80'inde en az üç tür geri dönüşümlü kontraseptif yöntem uygulanabilmesi için gerekli donanım sağlanmalıdır.

11. Üreme sağlığı hizmetlerinin uygulanmasının olumlu ve olumsuz sonuçlarının izlenip değerlendirildiği bir ulusal mekanizma kurumsallaştırılmalıdır.

12. Üreme sağlığı hizmetlerinin izlenmesi, değerlendirilmesi ve yönlendirilmesi için kayıt ve bildirim sistemi fonksiyonel hale getirilmeli, gerekli hallerde ihtiyaç duyulan bilgiler ülke genelinde uygulanacak bilimsel araştırmalar ile sağlanmalıdır.

BULAŞICI OLMAYAN HASTALIKLAR

1. Bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve erken tanınması yönünden toplum sağlık eğitim etkinlikleri yoğunlaştırılmalıdır.

2. Her yaş grubu için bulaşıcı olmayan hastalıkların risk faktörlerinin belirlenerek, bunlara dayalı erken tanı programları yürütülmelidir.

3. 65 yaş altında kalp damar hastalıklarına bağlı ölümlerde azalma sağlanmalıdır.

4. 65 yaş altında kansere, özellikle akciğer kanserine bağlı ölümlerde azalma sağlanmalıdır.

5. Çocuk ve erişkin diyabet hastalarının insülin gereksinimleri tam olarak karşılanmalıdır.

6. Diyabete bağlı ağır komplikasyon insidansında düşüş sağlanmalıdır.

7. Diş çürükleri ve periodontal hastalıklar azaltılmalı ve 12 yaş çocuklarda çürük, kayıp veya dolgu diş sayısı 2'yi geçmemelidir.

8. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri yaygınlaştırılmalıdır.

RUH SAĞLIĞI

1. Birinci basamakta çocuk ve gençlere yönelik ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilebilmesi için pilot çalışmalar yapılmalıdır.

2. Ruhsal bozuklukların sağaltımı ve uyumlandırılması için birinci basamak sağlık kuruluşlarına yönelik hizmet içi eğitim ve entegrasyon sağlanmalıdır.

ÖZÜRLÜLÜK, KAZALAR VE REHABİLİTASYON

1. Doğum öncesi veya doğum sırasında meydana gelen özürlülüğün önlenmesi amacıyla toplumun bilinçlendirilmesi ve duyarlılığın artırılması için gerekli faaliyetler gerçekleştirilmelidir.

2. Yaşlı, düşkün ve özürlüye yönelik toplum katılımlı rehabilitasyon hizmetleri geliştirilmeli ve yaygınlaştırılmalı, bakım merkezleri planlanmalıdır.

3. Ev kazaları, meslek hastalıkları, iş kazaları ve diğer tüm kazalar sonucunda meydana gelen özürlülükler önlenmelidir.

4. Birinci basamakta 65 yaş üzeri nüfusa ebe/hemşireler tarafından ev ziyaretleriyle izlem yapılmalıdır.

5. Sağlık Bakanlığı bünyesinde, DPT, Özürlüler İdaresi Başkanlığı, YÖK ve TTB ile işbirliği yaparak ülkenin rehabilitasyon politikalarının planlanması, organizasyonu, uygulanması, geliştirilmesi, izlenmesi ve denetlenmesinde sorumlu ve yetkili olmak üzere "Rehabilitasyon Bilimsel Danışma Kurulu" kurulmalıdır.

6. Özel sektörce işletilen rehabilitasyon ve eğitim merkezlerinin açılış ve işleyiş süreçleri için bilimsel standardizasyon ve tıbbi denetim sağlanmalıdır.

SAĞLIK EĞİTİMİ, SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ VE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMLERİ

1. Eğitim sağlık ocakları yaygınlaştırılmalı ve uygun donanıma kavuşturulmalıdır.

2. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında sağlık eğitimi konusunda eğitim nitelikleri geliştirilmiş personel görevlendirilmelidir.

3. Sigara, alkol kullanımı, madde bağılılığı azaltılmalıdır.

4. Sağlıklı yaşam için herkese spor ve boş zamanların etkin değerlendirilmesi anlayışı toplumun tüm düzeylerinde yaygınlaştırılmalıdır.

5. Sağlıklı cinsel yaşam konusunda toplumsal düzeyde bilgi, eğitim ve iletişim çalışmaları yapılmalıdır.

ÇEVRE SAĞLIĞI

1. Ulusal ve yerel düzeyde çevre sağlığı göstergeleri belirlenmeli ve çevre sağlığı istatistikleri oluşturulmalı, çevre sağlığı araştırmaları desteklenmelidir.

2. İnsan ve çevre sağlığı açısından önem taşıyan kirlilik boyutlarını belirlemek amacıyla kirlilik parametreleri izlenmeli ve sonuçları değerlendirilmelidir.

3. İzleme sonuçlarının doğru, kesin ve tekrarlanabilir olmasını temin etmek üzere, kalite kontrol ve kalite güvenilirliği sistemi kurulmalıdır.

4. Dış ortam ve kapalı ortama ait hava kalitesi, gürültü seviyesi, sağlıklı su temini, katı ve sıvı atıklar, insan ve hayvan atıkları, toksik ve tehlikeli maddeler, radyasyon gibi çevre sağlığını etkileyebilecek faktörler sürekli izlenmelidir.

5. Dünya Sağlık Teşkilatı'nın Sağlıklı Şehirler Projesi verilerinden yararlanılarak, "Ulusal Çevre Sağlığı Eylem Planı" oluşturulmalıdır.

6. Ulusal hava kalite standartları, Dünya Sağlık Teşkilatı'nın rehber değerleri ve AB sınır değerleri düzeyine getirilmesi amacıyla yeniden düzenlenmelidir.

7. Toksik hava kirleticileri gibi insan sağlığına zararlı olan bazı kirletici emisyonlara ait özel sınır değerler getirilmelidir.

8. Hava kirliliğinin sebepleri, etkileri, kapsamı, korunması ve kontroluna yönelik programlar oluşturulmalıdır.

9. Kirleticilerin, insan sağlığına kısa ve uzun dönem etkileri araştırılmalıdır.

10. Stratosferdeki değişimlerin, özellikle ozon tabakasındaki tahribatın, halk sağlığına doğrudan veya dolaylı olabilecek etkileri araştırılmalıdır.

11. Hava kirleticilerinin insan sağlığı üzerinde davranışla ilgili, psikolojik, toksikolojik ve biyokimyasal yönden olumsuz etkilerine yönelik bilgiler artırılmalıdır.

12. AB direktifleri doğrultusunda yüzey sularının ve su kaynaklarının korunması amacıyla; özellikle kanalizasyon ve atık su arıtımına yönelik yatırımlar; evsel, endüstriyel ve tarımsal atık suların yönetimi ile ilgili politikalar oluşturulmalıdır.

13. Kentsel ve kırsal alanlarda, çöplerden kaynaklanan çevre kirliliğinin önüne geçmek üzere; yakma, kompostlama veya geri dönüşümle, atıkların en az seviyeye indirilmesi için teknolojiler geliştirilmeli ve Umumi Hıfzıssıha Kanunu'nun (UHK) 248. maddesi günün gereklerine göre değiştirilmelidir.

AKILCI İLAÇ KULLANIMI

1. İlaç savurganlığının önüne geçilmeli, akılcı ilaç kullanımı programı başlatılmalı ve yaygınlaştırılmalıdır.

2. VII. BYKP programında yer alan Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi'nin (RSHM), referans verebilecek bir ulusal laboratuar haline getirilmesi ile ilgili hazırlanan yasa taslağının yasalaşması halinde verimliliği ve etkinliği daha da artacak, aynı zamanda bu konuda ulusal boyutta önemli bir alt yapı eksikliğinin giderilmesi de sağlanacaktır.

3. Sağlık statüsü açısından önemli önceliklerden birisi de yaşam tarzına yönelik politikalardır. Bunlar arasında Türkiye açısından en önemli konulardan biri tütün kullanımıdır. Özellikle çocukların ve gençlerin tütün kullanma alışkanlığına henüz başlamadan korunmaları için gerekli önlemler alınmalıdır. Yaşam tarzına yönelik olarak ayrıca alkol, uyuşturucu kullanımı ve cinsel yolla buluşan hastalıklarla HIV-AIDS konusunda da politikalar geliştirilmelidir.

KANITA DAYALI TIP VE TEDAVİ PROTOKOLLERİ

1. Bilimsel kanıtlara dayalı ulusal nitelikte hazırlanan erken tanı izlem protokollerinin, birinci basamak sağlık kuruluşlarında, her yaş grubu için ve risk değerlendirilmesi esasına göre yaygın olarak yapılabilmesi sağlanmalıdır.

HİZMET SUNUM SİSTEMİ

1. Sağlık hizmetleri bilimsel ve profesyonel bir yönetime kavuşturulmalı, çok başlılıktan kurtarılmalı, sağlık hizmetlerinde çalışma tam gün esasına göre yeniden düzenlenmelidir.

2. Sağlık hizmetleri için izleme-değerlendirme ve denetim mekanizmaları, bilimsel ve gerçekçi ölçütlere dayandırılarak kurulmalı, personel ve alt yapı olanaklarına, kullanılan sarf malzemelerine denetim ve standardizasyon getirilmelidir.

3. İkinci ve üçüncü basamak tedavi hizmetlerinde başlatılmak üzere, sağlık hizmet sunumunda randevu uygulamasına geçilmelidir.

4. Sağlık hizmetlerinde hasta sevk zinciri kurulmalı ve basamaklar arasında bilgi dönüşümü sağlanmalıdır.

5. Sağlık hizmetlerinde yer alan farklı disiplin ve mesleklerden gelen sağlık personeli için görev tanımınları yapılmalı, yetki ve sorumluklar saptanmalıdır.

6. Kendi kendine bakım ve evde bakım gibi kavramlar topluma ve sağlık meslek gruplarına tanıtılmalıdır.

7. Aile hekimlerinin sağlık ocakları başta olmak üzere birinci basamak sağlık kuruluşlarında görevlendirilebilmeleri için, standart kadro ile ilgili yasal düzenlemelerde gerekli değişiklikler yapılmalı; sağlık çalışanlarının yeterliliklerin değerlendirilmesinde nesnel ölçütlerin kullanılacağı bir sistem uygulamaya sokulmalı; iş yükü analizleri yapılarak standart kadrolar güncelleştirilmelidir.

8. Sağlık hizmetlerinden yararlananların memnuniyetlerinin ve hasta haklarının sağlık hizmetlerinin sunumunda merkezi bir role sahip olması sağlanmalıdır.

9. Doğuşta beklenen yaşam süresi her iki cins için de 75 yıla çıkmalıdır.

10. Tüberküloz, sıtma, kızamık, kuduz, tetanos, difteri elimine, polio eradike edilmelidir.

11. Hepatit B taşıyıcı insidansı yüzde 80 azaltılmalıdır.

12. Hemofilu influenza tip b insidansı yüz binde 1'in, konjenital sifiliz binde 0.01'in, konjenital rubella binde 0.01'in altına indirilmelidir.

13. Yaşam tarzı ile ilgili olarak, 65 yaş altında kardiyovasküler hastalıklar yüzde 40, kanserler yüzde 15, akciğer kanseri yüzde 25 azaltılmalıdır.

İŞÇİ SAĞLIĞI VE İŞ GÜVENLİĞİ

1. 1593 sayılı UHK'nın 180. maddesinin uygulanmasına hassasiyet gösterilmesi yanında, günümüzün koşulları dikkate alınarak 50'den az işçi çalıştıran işyerlerinde sağlık birimi kurma veya bir ortak işyeri sağlık birimine katılma zorunlu hale getirilmelidir.

2. İSGÜM'ün insangücü artırılmalı, binaları uygun hale getirilmeli, cihaz ve malzeme donanımı güçlendirilmelidir.

KAN, DOKU VE ORGAN NAKLİ

1. Kan, doku ve organ nakilleri ile ilgili bölgesel merkezler yaygınlaştırılmalıdır.

2. Kardeş sayısının azlığı veya kardeş dışındaki doku uyumu olan kişilerin bulunamaması gibi faktörler nakil şansına sahip birey sayısını azaltmaktadır. Buna karşılık göbek kordon kanı bu amaç için kemik iliği kadar etkilidir. Yurdumuzda doğurganlık oranı birçok ülkeden yüksektir ve doğum sırasında göbek kordon kanı atılarak ziyan edilmektedir. Kordon kanının toplanıp bankada depolanması ve yıllar boyunca saklanması mümkündür. Ulusal bir zenginliğimiz olan kordon kanının bu amaçla bankada saklanılması ve transplantasyonda kullanılması kardeşten kemik iliği nakli şansı olmayanlara bir ümit kapısı aralayacaktır. Bu konuda ülkemizde başlatılan girişimlerin desteklenmesi gerekmektedir.

3. "British Committee for Standarts in Hematology Task Force" grubu tarafından hazırlanarak Clin. Lab. Haem. Dergisinin 1995'e 17 numaralı sayısında yayınlanan raporda tüm kan ve kemik iliği transplantasyonu şekillerinin uygulandığı birimlerde "dördüncü seviye bakım" yapılması gerektiği belirtilmektedir. Bu seviye için gerekli ekipman özelliklerine uyulmalıdır.

4. Renal transplantasyon uygulamalarının kalitesi iyileştirilmeli ve sayısı artırılmalıdır.

5. Renal transplantasyonun daha yaygın bir şekilde uygulanabilmesi için, hem diğer sağlık personelinin, hem de tüm halkımızın bu konuda yeterince bilinçlendirilmesi ve eğitilmesi gerekmektedir.

6. Acil servis ünitelerinin iyileştirilmesi, kadavra donörü olabilecek bireylerin uygun tedavisi ve gerektiğinde transplantasyon merkezlerine kolaylıkla nakledilmesini sağlayacak önlemlerin alınması kadavradan transplantasyon sayısının artmasını sağlayabilecektir.

7. Organ nakli Kuruluşları Koordinasyon Derneği'nin çalışmalarını desteklenmesi, ülkemizdeki tüm transplantasyon merkezlerinin tek bir çatı altında toplanarak, organ paylaşımı, hekimlerin ve halkımızın eğitim konusunda çalışmalara hız vermeleri gerekmektedir.

8. Türkiye'nin karaciğer naklinde 2001-2005 döneminde hedefi tamamen kadavra organ bulunması ile bağlantılıdır. Kadavra organ sayısının artırılması sadece yatırım ve maddi kaynaklar aktarımı ile gerçekleşemez. Gerekli yasal düzenlemeler ve eğitim çalışmaları ile birlikte görülmektedir. Kadavra organ vericisi sayısı, bu dönem içerisinde 20/1000000 civarına çıkarılmalıdır. Böylece arz ve talep dengelenebilir. Organ nakli merkezleri kadavra organların bulunmasına paralel olarak gerekli teknolojik alt yapıyı kendiliğinden geliştireceklerdir.

9. Potansiyel organ vericileri yoğun bakım ünitelerinden çıkmaktadır. Bu nedenle organ vericisi bulunması tamamen yoğun bakım hizmetlerinin kalitesi ile ilgilidir. Ülke genelinde acil servislerden başlanarak çağdaş normlara uygun yoğun bakım üniteleri devreye sokulmalıdır. Organ nakli yapılmayan merkezlerde yoğun bakım ünitelerinde bulunacak olan kadavra organ vericilerinin beyin ölümü raporlarının düzenlenmesi için 2238 sayılı yasada belirtilen şartların oluşturulması gereklidir. Kadavra organ vericileri ülkenin her yanında eşit oranlarda oluşacağı için yoğun bakım ünitelerinin tüm ülke sathında yaygınlaşması gerekir. Halen organ nakli merkezlerinin hiç bir kurum ve kuruluşta maddi kaynakları bulunmamaktadır. Organ naklinin doğasından ötür oluşabilecek bazı harcamaların (örneğin özel uçak ile organ çıkarılmak için başka bir merkeze seyahat) bütçe karşılığı yoktur. Bu amaçla organ nakli ile uğraşan klinik, ünite, anabilim ve bilim dalı gibi adlandırılan merkezlerin finansal yapıları güçlendirilmelidir.

10. Yasal düzenlemeler organ bağışını artırabilir. 2238 sayılı yasa organ alımını kadavranın birinci dereceden yakınlarının iznine tabi tutmaktadır. Bu konuda bir yasal düzenleme ile organ vericilerini izin koşulu değiştirilebilir. Yakınlarını kaybedenlere devletin resmi kanallarla yapacağı yardımlar organ bağışını cazip hale getirebilir. Sivil toplum

örgütlerinden organ bulunması ve paylaşılması konusunda profesyonel yardım alınabilir (örneğin Organ Nakli Kuruluşları Koordinasyon Derneği).

KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİ

1. Doğumdan itibaren sağlık ocağı tarafından gerekli hizmetler sunulmakta gereksinim halinde üst hizmetlere sevk edilmektedirler. Dönüşte tekrar gerekli bakımları verilerek en kısa zamanda sağlıklarının kazandırılması sağlanabilmelidir.

2. I. basamakta hizmet sunacak sağlık ekibinin iyi yetişmiş, konusunda eğitilmiş olması, fiziksel ortamın ve araç-gerecin ihtiyaca göre tamamlanmış olması hizmetin etkinliği yönünden son derece önemlidir.

3. Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin, temel sağlık hizmetlerine entegrasyonu hızlandırılmalıdır.

4. Ağız diş sağlığı hizmetlerinin birinci basamaktan başlatılması, sağlık ocaklarında diş hekimi kadrosu sağlanmalıdır.

5. Askerlikte birinci yoklamalarda, ağız-diş sağlığı kontrolü zorunlu olmalı, 2. yoklamaya kadar gerekli ağız-diş bakımını yaptırma mecburiyeti konmalıdır. Koruyucu sağlık hizmetlerine yönelten ve tedavi giderlerini azaltıcı bir önlem alınmalıdır.

6. Her kademede iyi sağlık yöneticisi yetiştirilmesi yönünde, ekibin sorumlusu hekimlerin de; diğer sağlık personelinin görev, yetki ve sorumlulukları ile kademesini ilgilendiren sağlık mevzuatı hakkında bilgi sahibi olmalıdır.

7. Aşıyla önlenebilir hastalıklar halen Türkiye'de önemli sorunlar olmaya devam etmektedir. Çocuk felci, kızamık, difteri, tetanos gibi hastalıkların önlenmesi, bu hastalıklardan ölümlerin azaltılmasına dolayısıyla da bebek ölüm hızının düşürülmesine katkıda bulunacaktır. Ancak Türkiye'nin bağışıklama politikalarının tümüyle gözden geçirilmesi, dikey örgütler ve kampanyalar yerine bağışıklamanın birinci basamağa entegre edildiği ve sektörler arası işbirliği çerçevesinde geliştirildiği bir mekanizmanın geliştirilmesi gerekmektedir. Ulusal aşı programına güncelik kazandırılmalı, bu bağlamda aşı soğuk zinciri de alınmalıdır.

8. Bebek ölüm hızı binde 15'e çekilmeli, bölgesel farklılıklar azaltılmalıdır. Binde 52.1 olan beş yaş altı ölüm oranı ise yüzde 50 azaltılmalıdır.

9. Sağlık statüsü açısından Türkiye'nin ele alması gereken önemli hastalıkları arasında sıtma, tüberküloz ve hepatit vardır. Bu üç hastalığa ilişkin devlet politikaları geliştirilmelidir.

10. Devlet İstatistik Enstitüsü'nün verilerine göre, Türkiye'de yaklaşık 7.5 milyon kişinin özürlü olduğu tahmin edilmekte bu da nüfusun yüzde 11.7'sini oluşturmaktadır. Bu aşamada ele alınması gereken politikalar öncelikle özürlü nüfusun artmaması için alınacak önlemler ve özürlülerin rehabilitasyonuna yönelik önlemler olmalıdır. Birinci düzeydeki politikalar, gebe ve loğusaların izlenmesini, doğumların sağlıklı ortamlarda yaptırılmasını, bebek ve çocukların düzenli kontrollerle sağlık denetimlerinin ve aşılarının izlenmesini gerektirmektedir. Toplumumuz açısından önemli konulardan birisi uygun olmayan gebeliklerin önlenmesi, özellikle akraba evliliklerinin sakıncalarının topluma aktarılmasıdır. İkinci düzeyde ise yaşayan özürlünün bağımsız ve verimli olabilmesi için çağdaş hizmet verecek şekilde örgütlenmiş rehabilitasyon merkezlerine ihtiyaç vardır. Rehabilitasyon hizmetlerinin, gereksinimi olan kişilere verilebilmesi için gerekli ön çalışmaların yapılması ve istatistiki verilerin toplanması, toplumumuzda engelli bireylerin bağımsız ve üretken olabilmeleri açısından kaçınılmaz öncelikler arasında yer almalıdır. Rehabilitasyon merkezleri ve hastanelere ulaşılabilirlik sorunun çözümlenebilmesi için mimari engellerin ortadan kaldırılması diğer bir önceliktir.

11. Adölesan gebeliklerin önlenmesi (15-19 yaş arasındaki genç kızların yüzde 50'ye yakını çocuk sahibi ve/veya hamiledir) sağlanmalıdır.

ÖRGÜTLER

Mesleki Örgütler

1. Uzmanlık eğitiminin tüm kademelerinde eğitim standartlarının mesleksel düzeyde, siyasi müdahalelerden etkilenmeyen özerk ve ulusal bir kurum tarafından belirlenmesi uygun olacaktır. Tıpta Uzmanlık Eğitiminin standardizasyonunda, eğitim görenlerin değerlendirilmesi ve yeterliliklerinin ölçülmesi kadar, eğiticilerin yeterliliklerinin ve bireysel performanslarının da uygun yöntem ve ölçütler çerçevesinde değerlendirilmesi için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır. Bu açıdan "Tababet Uzmanlık Tüzüğü Tasarısı" bir an evvel Sağlık Bakanlığı tarafından güncelleştirilerek yasalaştırılmalı ve Avrupa örneğinde olduğu gibi "Türk Tabipleri Birliği" özerk ve sivil toplum örgütü olarak bu konuda yasa ile yetkilendirilmelidir. Böylelikle bu standardizasyondan sorumlu "Avrupa Tıp Uzmanları Birliği (UEMS)" ile ülkemizdeki uzmanlık eğitiminin harmonizasyonu sağlanabilecektir.

2. Günümüz tıbbı sürekli değişim ve gelişim içinde olduğundan, gerek pratisyen gerek uzman hekimlerin mezuniyetten sonra bu değişim ve gelişimlerden uzak kalmadan mesleklerini icra edebilmeleri gerekmektedir. Bunu için dünyada genellikle uygulanan "Kredilendirme Sistemi" uygun bir yol olarak görülmektedir. Aynı düşünce içinde "Avrupa Tıp Uzmanları Derneği (UEMS)"de bu tür kredilendirmeyi kabul etmiştir. Böyle bir kredilendirme sisteminin bağımsız ve ulusal bir kuruluş olarak Türk Tabipler Birliği tarafından gerçekleştirilmesi her yıl için hekimlik lisansının yenilenmesini olası kılacaktır. Bu kredilendirmenin, eğitim etkinliklerine katılımı özendirmek ve kalite denetimini sağlamak gibi yararları da olacaktır. Bu birlik ile bağların güçlendirilip yaygınlaştırılması Avrupa Birliğine uyum çerçevesinde ortak bir kredi sistemine girmemizi de kolaylaştıracaktır.

3. Bugün için bazı sağlık kuruluşlarınca gönüllülük temelinde yürütülen bu girişime Türk Tabipler Birliği, Ankara Eczacı Odası katılımı ile ATONET adı altında, Sürekli Tıp Eğitimi mesleki eğitim ve mesleki danışmanlık hizmeti vererek destek olmakla birlikte bunun yasal zorunluluk çerçevesinde oturtulması uygun olacaktır.

4. Sağlık politikası düzeyinde öncelikle ele alınması gereken önemli konulardan biri, Sağlık Bakanlığı ve ilgili kuruluşların temsil edildiği özerk bir "Sağlık Üst Kurulu"nun oluşturulmasıdır. Yüksek Sağlık Şurası'nın görev, yetki ve sorumlulukları bu çerçevede yeniden gözden geçirilmelidir.

Tüketici Örgütleri

1. Kanun tasarıları hakkında sadece resmi kurumlarla meslek örgütlerinin değil, hizmetten yararlanacak sivil toplum (tüketici) örgütlerinin de görüşleri alınmalıdır.

ÖZELLEŞTİRME-ÖZERKLEŞME

1. Kamuya ait ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları özerkleştirilmelidir.

2. Daha pahalı bir yatırım gerektiren hastanecilik işletmeciliğini özel sektör ve vakıflar üstlenmelidir.

3. Reformlar çerçevesinde hastanelerin özerkleşmesi konusu ele alınmalıdır.

4. Sağlık alanında sivil örgütler ve vakıflara destek verilmelidir.

ÖZLÜK HAKLARI

1. Sağlık sektöründeki her düzeydeki personelin SES ile ilgili görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanarak yasal düzenlemeler yapılmalıdır.

2. Kamu ve özelde SAİG'e sendikalaşma hakkı verilmeli, ücretleri iyileştirilmelidir.

3. Hizmetin verim ve niteliği için uzmanlaşma kadrolarının kısıtlı oluşu dikkate alınarak, sağlık personelinin statü kaybını önleyecek hizmet içi eğitimler ve özlük haklarında düzenlemeler yapılmalıdır.

4. Kaynak israfı denilince, genel olarak, bütçe ile ilgili parasal olanaklar akla gelmektedir. Oysa parasal olanakların israfı kadar SAİG nün yerinde kullanılması, gerekli atama ve çalışma kadro olanakları verilmemesi nedeniyle olan SAİG kaynağında ki israf daha önemlidir. 21. yüzyıl anlayışı ile buna son verecek önlemler alınmalıdır.

5. Sağlık sektöründe bilgisayar okur – yazarlığının yaygınlaştırılması SES için de önemli bir faktördür. Bu personel maddi olarak desteklenmeli ve bilgisayar eğitim düzeylerini yükseltici önlemler alınmalıdır.

REHABİLİTASYON

1. Rehabilitasyon hizmetleri sunumunda eksikliği tamamlayan elamanlar yetiştirilmelidir. İstihdam için gerekli mevzuat hazırlanmalıdır. Rehabilitasyon hizmeti veren insangücü kaynaklarını yetiştiren eğitim kurumlarında standardizasyon eksikliği giderilmelidir.

2. Sağlık Bakanlığı bünyesinde "Rehabilitasyon Bilimsel Danışma Kurulu" kurulmalıdır. Bu kurul DPT, Özürlüler İdaresi Başkanlığı, YÖK ve TTB ile işbirliği yaparak ülkenin rehabilitasyon politikalarının planlanması, organizasyonu, uygulanması, geliştirilmesi, izlenmesi ve denetlenmesinde sorumlu ve yetkili olmalıdır.

SAĞLIK İNSANGÜCÜ (SAİG)

1. SAİG'in, 21. yüz yıl anlayışıyla, nicelik ve nitelik bakımından yeniden değerlendirilmesi gerekmektedir.

2. SAİG'in niceliği, mevcut düzen, kamu kadrolarına ve nüfusa göre değil WHO'nun (istek + ihtiyaç + nüfus + hedef) ve iş yükü yöntemlerine göre planlanmalıdır.

3. Dış ülkelerin sayısal durumlarını değerlendirirken, bu duruma gelmelerinde uyguladıkları sosyo-ekonomik, kültürel siyasal ve sağlık politikaları da dikkate alınmalıdır.

4. Bazı mesleklerde sayısal sınırlamaya gidilirken, günümüzdeki sağlık sorunları, teknolojideki gelişmeler dikkate alınmalı, bazılarında da sayılar artırılmalıdır. (radyoloji ve laboratuar teknisyenleri, tıbbi fizik, nükleer korunma uzmanlığı gibi).

5. Eğitim kurumları kapasitesine ilişkin kararların 4-6 yıl gibi uzun sürede sonuç vereceği, bu nedenle rasyonel olmayan değişikliklerin düzeltilmesinin olanaksız sorunlar yaratacağı unutulmamalı, SAİG planlamaları geleceğe yönelik yapılmalıdır.

6. İnsan gücü planlanmasında, Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, YÖK, DPT, SSK, meslek örgütleri ve ilgili diğer kuruluşlar etkili bir koordinasyon içinde çalışmalıdır.

Hekim

1. Basamaklara ayrılmış biçimde sunulan sağlık hizmeti iyi organize edilerek "tıp doktorluğu" özendirilmeli, uzmanlaşma mecburiyeti ortadan kaldırılmalı, ihtiyaca göre uzman yetiştirilmelidir.

2. Basamaklara ayrılmış hizmetin esas olduğu toplumsal sağlık örgütlenmeye uygun olarak hekim ihtiyacı gerçekçi bir şekilde tespit edilmeli, tıp fakültelerinin yeterliliklerine göre öğrenci sayıları ve dağılımı belirlenmelidir.

3. Mezuniyet öncesi tıp eğitiminin, ülke çapında bu eğitimi veren kuruluşların ülkemiz gerçeklerini dikkate almış bir standardizasyonunun bulunmaması, mezun olan hekimlerin genel pratisyenlik uzmanlığına doğru yönelişine neden olmakta, hatta bunu teşvik etmektedir. Bu standardizasyonun sağlanamaması ve "sağlıkta insangücü" planlamasının yapılmamış olması, en azından belli alanlarda ülke gereksiniminden fazla sayıda uzman hekim yetiştirilmesine neden olmakta ve bu da ciddi istihdam sorunlarını gündeme getirmektedir.

Dişhekimi

1. Yatırım giderlerinin fazlalığı, istihdam darlığı nedeniyle serbest çalışan muayenehane hekim ve dişhekimlerinden yararlanılacak sistem uygulanmalıdır.

2. Ağız-diş sağlığı hizmetleri birinci basamaktan başlatılmalı, sağlık ocaklarına diş hekimi kadrosu konmalıdır.

Eczacı

1. Eczacılardan tıbbi danışman olarak yararlanılabilinmesi, biyokimya gibi laboratuar dallarında uzmanlaşma olanakları sağlanmalıdır.

Hemşire - Ebe

1. Ebe ve hemşirelerin kamu dışındaki çalışma alanları çok kısıtlı olduğundan kamu kurumlarının kendilerini istihdamı, ekonomik olanakları tartışılsa da, işsizlikten kurtuluş nedenleri olmuştur. Yeni istihdam alanları yaratılmalıdır.

2. Sağlık hizmetleri meslek okulları, hemşirelik yüksek okulları ve sağlık yüksek okullarından mezun olanların kazandıkları unvanlara uygun kadrolar kamu kurumlarında da konmalıdır (sağlık teknikerleri, ebe, hemşire, sağlık memurları gibi).

Sağlık Teknikerleri

1. Sağlık meslek yüksek okulu mezunlarının meslek tanımları yapılmalıdır.

2. Sağlık meslek yüksek okulu mezunlarının yetki ve sorumlulukları belirlenmelidir.

3. Sağlık meslek yüksek okulu mezunlarına kadro tahsis edilmelidir.

4. Sağlık meslek yüksek okulu mezunlarının eğitim programları yeniden belirlenmelidir.

5. Gelişmiş ülkelerde meslek eğitimi, 18 yaşını doldurduktan sonraki devreye rastlayan dönemlerde verilecek şekilde, eğitim sistemi düzenlenmiştir. Oysa ülkemizde sağlık meslek liselerinin kapatılan hemşirelik bölümleri yerine ilkyardım ve acil bakım teknisyeni bölümleri açılmıştır. Henüz kendi gelişim süreçlerini tamamlamamış olan adölesan çağındaki gençlere meslek sorumluluğu yüklenilmeye çalışılmaktadır.

Sağlık Yöneticileri Ve Sağlık Eğiticileri

1. Birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına “sağlık eğitimcisi” ve “sağlık yöneticisi” kadroları tahsis edilmelidir.

2. Sağlık eğitimi üniteleri kurulmalı ve buralarda sağlık eğitimcisi kadrosuyla personel istihdamı yapılmalıdır. Yine bu sağlık kurumlarının yönetimi, profesyonel eğitim almış sağlık yöneticilerine bırakılmalıdır.

Sağlık Demografı

1. Sağlıkla ilgili verilerin toplanması yetersiz, aynı konuda çok değişik göstergeler olmamalı, Sağlık Bakanlığı Sağlık Propagandası Tıbbi İstatistik Genel Müdürlüğünün kaldırılmasının hatası düzeltilmeli, sağlık demografı yetiştirilmesi sağlanmalıdır.

Mikrobiyolog, Diyetisyen, Sosyal Hizmet Uzmanı:

1. Avrupa Kemik İliği Transplantasyon Birliği'nin (EBMT) şart koştuğu; mikrobiyolog, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı, fizik tedavi uzmanı, psikoterapi uzmanı, veri kayıt görevlisi kadrosu tahsis edilmelidir.

Tıbbi Fizik Uzmanlığı

1. Günümüzde tıbbi tanı ve tedavi amaçlı, iyonlaştırıcı radyasyon uygulamaları artmıştır. İnsanlar için riski azaltmak, hizmetin maliyetinden tam yararlanmak için: tıbbi fizik uzmanlarının nicelik ve niteliği arttırmalı, cihaz ve insangücü standartları belirlenmeli, kalite güvence ve kalite kontrol sistemleri kurulup, etkin bir yönetim ve denetim sistemi sağlanmalıdır.

Ev Ekonomistleri

1. Sağlık Kurumlarında kurum ev idaresi (Hausekeeping) alanında 4 yıllık lisans eğitimi görmüş, bu alanda en az bir sömestre staj yapmış ev ekonomistleri istihdam edilmelidir.

Radyoloji ve Laboratuvar Teknisyenleri, Nükleer Korunma Uzmanlığı

1. Bazı mesleklerde sayısal sınırlamaya gidilirken, günümüzdeki sağlık sorunları, teknolojideki gelişmeler dikkate alınmalı, bazılarında da sayılar artırılmalıdır (radyoloji ve laboratuar teknisyenleri, tıbbi fizik, nükleer korunma uzmanlığı gibi).

SANAYİ

1. Üniversitelerimizin sanayi kuruluşları ile ortak çalışmaları konusunda her türlü önlemler alınmalı, bölge kalkınmasında ve illerin yatırım ihtiyaçlarının karşılanmasında üniversitelerimizden yararlanılmalıdır.

2. SAİG hizmetlerinde önemli bir yeri olan tıbbi sanayinin, ülke ihtiyaçları ve teknolojik gelişmeler dikkate alınmalı, üretim planlamasında maliyet-yarar hesabı yapılarak teşvik edilmelidir.

3. Sağlık alanına çeşitli konulardaki (ilaç, kozmetik, gıda gibi) ihtiyaca cevap verebilecek referans laboratuarları ya da yeni sistemlerin getireceği çeşitli kurumlar (akredite edilmiş kurumlar gibi) kurulmalıdır.

SEKTÖRLER ARASI İŞBİRLİĞİ

1. Sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanında sektör içindeki endüstrilerin özelliklerine dikkat edilmelidir.

2. Özel sektör teşvik edilmelidir.

3. Sağlık sektörü politikaları katılımcı metot ile üretilmelidir.

4. "Sağlıklı kamu politikası"nı geliştirecek mekanizmalar kurulmalıdır. Bilindiği üzere, toplum sağlığı üzerinde etkisi en çok olacak kararlar genellikle sağlık sektörünün dışında verilmektedir. Geleneksel olarak herhangi bir kamu politikası amaç, içerik ve politikanın sınırları ile ilgili olmakta ancak bu politikanın sağlık gibi diğer sektörler üzerindeki etkisi göz ardı edilmektedir. Sağlıklı kamu politikası ise bu geleneksel sınırların dışına çıkmakta ve herhangi bir politikanın amaç ve içeriğini, politika yapma sürecini ve sağlık üzerine yaptığı etkiyi ele almaktadır. Diğer bir deyişle, sağlıklı kamu politikası çerçevesinde, diğer sektörlerde alınan kararların sağlık üzerindeki etkisinin sorgulanması söz konusudur. Bu türde bir uygulamanın benimsenmesi çağdaş yaklaşımlar içindeki en önemli unsurlardan biri olan "sektörlerarası işbirliği"ni de gündeme getirecektir.

5. Devlet içinde sağlıkla ilgili birimler özel sektörle koordine edilmelidir.

SENDİKALAŞMA

1. Kamu ve özelde SAİG'e sendikalaşma hakkı verilmelidir.

SERBEST ÇALIŞMA

1. Kamu da görevli olmamak ve hekimlerce tanı konulup sevk edilmek koşulu ile fizyoterapistlere, uzman psikologlara, hemşirelere, ebelere, sağlık memurlarına ve diyetisyenlere bakım ve tedavi planlaması merkezi açmak yetkisi verilmelidir. Doğal afetler, trafik-iş-ev kazaları, özürlülerin artan sayısı ve toplumun sağlıklı yaşam konusunda bilinçlenmesi gibi nedenler, bu meslek mensuplarına özel klinik açmak yetkisi verilmesinin önemini artırmaktadır.

2. Kalkınmada öncelikle yörelerde, muayenehane, eczane açmak isteyenler için teşvik edici krediler, vergi indirimleri, lojman kirası gibi özendirici önlemler alınmalıdır.

3. SAİG dağılımında denge sağlamak için, iş yeri açma ruhsatı bakanlık ve meslek odalarınca verilmelidir.

SOSYALİZASYON

1. Anayasa'da öngörülen genel sağlık sigortası sistemi ve 224 Sayılı Kanun başta olmak üzere yürürlükteki kanunlar uygulanmalıdır.

2. Sağlık hizmetlerinde maliyeti yükseltecek davranışlardan kaçınılmalı, kaynakların israf edilmesini önleyecek tedbirler öncelikle alınmalıdır.

SOSYAL GÜVENLİK

1. Sağlık sisteminin finansmanında sosyal sigortacılık temeline dayalı genel sağlık sigortası uygulamasına geçilmelidir.

2. Kişinin sağlığı bozulduğunda başvurabileceği ve yaşlandığında hayatını mutlu bir şekilde devam ettirebileceği bir gelir düzeyine ulaşmasına yönelik bir sağlık ve sosyal güvenlik sistemi oluşturulmalıdır.

3. Bunun yerine getirilebilmesi için sağlık hizmetlerinin niteliğinin yükseltilmesi ve etkinleştirilmesi amacı doğrultusunda finansman, yönetim, organizasyon, insangücü hizmet arzı ve mevzuatlar yeniden düzenlenerek, tüm vatandaşları kapsayacak tek bir sağlık sigortası sistemine kavuşturulması, sağlık sisteminin yeniden düzenlenmesi ve temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilerek daha geniş vatandaş kitlesine bedelsiz olarak sunulması gerekir.

4. VIII. Plan döneminde tüm toplumun sağlık güvencesine kavuşturulması temel amaç olmalıdır. Bu gerçekleştirilirken sosyal devlet anlayışına uygun, aktueryal dengeye dayalı, ödeme gücü olmayanların devlet tarafından desteklendiği, temel ihtiyaçları benimseyen bir temel teminat paketini içeren düzenlemeler yapılmalıdır. Bu teminat paketi içinde hangi hastalık ya da grupların öncelik alacağı bilimsel yöntemlerle sistematik olarak belirlenmelidir.

5. Hizmet finansmanı ulaşılabilirlik ile birlikte düşünülmeli, eksik sigortalılık olgusunun önlenmesi için hizmetlere ulaşılabilirlik önündeki engeller ortadan kaldırılmalıdır. Bu kapsamda özel sağlık sigortacılığı teşvik edilerek mükerrer sigorta önlenmelidir.

STANDARDİZASYON

1. Sağlık hizmetleri standardize (alt kalite sınırı olarak) edilmelidir.

TAM SÜRE

1. Kamu kurumlarında, tatmin edici bir ücret ve özel olanaklar sağlanarak tam-gün çalışmaya dönülmelidir (muayenehane ve eczane açmada nüfusa göre dağılım göz önüne alınarak ruhsat verilmesi, yüksek öğretim üyelerine kesinlikle tam-gün çalışma esasının uygulanması).

TEDAVİ HİZMETLERİ

1. Sağlık işletmelerinin kapasitelerinden azami derecede yararlanılmalıdır.

2. Sağlık sektörü üst kademe yönetimleri ve finansal yöneticileri profesyonelleşmeli ve geliştirilmeleri sağlanmalıdır.

3. Söz konusu yasalar ve bu yasalara dayanarak Sağlık Bakanlığınca hazırlanan yönetmelik taslakları (Tıbbi Cihazlar Yönetmelik Taslağı, Vücuda Yerleştirilebilir Aktif Tıbbi Cihazlar Yönetmelik Taslağı İnvitro Tanı Kitleri Yönetmelik Taslağı, Oyuncaklar Yönetmelik Taslağı vb.) tıbbi ürünlerin üretimi, satışı ve kullanımı ile ilgili olarak Bakanlığına birçok görevler yüklemektedir. Bu görevlerin ifası ancak konu ile ilgili teknik ve bilgi donanıma sahip birimlerin varlığı ile mümkündür. Bu çerçevede Bakanlık da konuyla milli mevzuatı ve sektörel denetim mekanizmalarını oluşturmak zorundadır.

4. Bütün bu nedenlerle tıbbi cihazların ülkemizde üretimi, ithalatı, satışa ile piyasa denetimlerini yapmak, üretici, ithalatçı, satıcılar ile ürünlere ait sicil bilgilerini tutmak, bununla ilgili gerekli yasal mevzuatı hazırlamak ve uygulamak üzere teknik ve bilgi donanımına sahip bir birimin Sağlık Bakanlığı bünyesinde kurulması büyük bir önem arz etmektedir.

5. Hastalanan ya da kazaya uğrayan kişi için ambulans çağırabilmek için bir telefon numarası ve ambulansı olay yerine yönlendirecek, gerektiğinde telefondaki kişiye bilgi verecek, ambulans gidene kadar yapılabilecekler konusunda kişileri yönlendirecek bir haberleşme merkezi kurulmalıdır.

6. Haberleşme merkezinde iletişimi sağlama becerisine sahip eğitilmiş eleman veya doktor bulundurulmalıdır.

7. Bulunulan bölgenin gereksinimlerine ve kapasitesine (nüfus yoğunluğu, sağlık kuruluşlarına uzaklığı, trafik yoğunluğu-ulaşım olanakları) uygun ambulans istasyonları kurulmalıdır.

8. Ambulanslarda, acil bakım hizmeti verebilecek ambulans ve acil bakım teknikerleri görevlendirilmelidir.

9. Acil hastalara acil bakım verecek yeterli donanıma ve yatak kapasitesine sahip acil servisler ve acil bakım konusunda eğitim almış acil servis doktor ve hemşiresi olmalıdır.

10. Ambulansta kullanılan araç – gerecin bakımı, onarımı, kullanılan sarf malzemelerinin yerine konabilmesi için bakım onarım merkezi, sarf malzeme deposu, kumaş cinsi malzemelerin temizlenebileceği çamaşırhane ve tek kullanımlık olmayan malzemeler için sterilizasyon olanakları olmalıdır.

11. Afetlerde, (fazla yaralı olan) çok büyük olaylarda hizmet verebilecek kapasitede hazırlıklı olunmalıdır.

12. Her ne kadar ülkemizin toplumsal ve kişisel sağlık sorunlarının büyük bir kısmı topluma sunulacak koruyucu sağlık hizmetleri ile çözümlenebilecek nitelikte olsa da her zaman gereksinim duyulan tedavi edici sağlık hizmetlerinin hedefi de halkımıza kaliteli, erişilebilir, hasta haklarına saygılı ve güler yüzlü hizmet sunmak olmalıdır.

13. Sağlık kuruluşlarının reorganizasyonu ile çok başlılıktan arındırılarak sağlıkla ilgili sorumlu tek kurum Sağlık Bakanlığı olacak şekilde yapılanmaya gidilmelidir :

    - Konusunda eğitim almış sağlık personelinin görev aldığı geriatri sağlık ve danışma merkezleri ile evde bakım servisleri oluşturulmalıdır,
    - Multidisipliner uzman kadronun yer aldığı merkezler (tanı-tedavi-rehabilitasyon amaçlı) oluşturulmalı, düzenli ve kolay randevu alabilme sistemi geliştirilmelidir,
    - Adölesan sağlık merkezleri oluşturulmalı, bu merkezler çalışan çocuk ve sokak çocuklarının sığınacakları üniteleri kapsamalıdır,
    - Kronik hastalıklar (diabet, hipertansiyon, astım, romatizmal hastalıklar gibi) için hasta danışma tanı, izleme, eğitim merkezleri en küçük sağlık kuruluşlarında bile oluşturulmalıdır,
    - Özürlü sağlığı ve danışma merkezleri ile özürlülerin yaşamlarını kolaylaştıran alt yapılar oluşturulmalıdır,
    - Adli tıp merkezlerinde analiz laboratuarları ve personel konusunda reorganizasyona gidilmelidir.

14. Zehirlenme ve ilaç danışma hatlarının yaygınlaştırılması ve etkinleştirilmesi sağlanmalıdır.

15. Tedavi hizmetlerinde ayaktan tedavi yaklaşımına ağırlık kazandırılmalı, aile hekimliğine öncelik verilmelidir.

TEK ELDEN YÖNETİM

14. SSK, Bağ-Kur veEmekli Sandığı primleri tek elde toplanmalıdır.

15. Prim toplayan ve hizmet üreten kurumlar ayrılmalıdır.

TOPLUM EĞİTİMİ

1. Sağlık sunumunun bütün kademelerindeki hizmetin her yönden başarılı olması ve toplumun katkı ve katılımının gerektiği ölçüde sağlanması için “sürekli toplum eğitimi” yapılmalıdır.

2. Bu eğitim, sağlık sorunlarının öncelikleri dikkate alınarak, bir merkezden yönetilip değerlendirilmeli ve denetlenmelidir.

3. Hasta haklarının gerekleri, gereksinime uygun hizmet dağılımı ile hasta-sağlık çalışanı arasındaki her türlü iletişim etik kurallar çerçevesinde olmalıdır.

4. Anayasamızın 56. maddesi "Herkesin sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşamak hakkı, çevre sağlığını korumak ve kirlenmesini önlemek" ödevlerini devlet ile birlikte vatandaşlara da vermiştir. Ayrıca, 224 Sayılı Yasada da (22 ve 23. maddeler) bu şekilde yer almasına rağmen halkın katılım ve katkıları yetersizdir. Bu konuda da, ilgili sektörler ve sivil toplum örgütleri ile işbirliği yapılmalıdır.

TEKNOLOJİ

1. Tıbbi cihazların ülkemizde üretimi, ithalatı, satışı ile piyasa denetimlerini yapmak, üretici, ithalatçı, satıcılar ile ürünlere ait sicil bilgilerini tutmak, gerekli mevzuatı hazırlamak ve uygulamak üzere teknik donanıma ve uzmanlık birikimine sahip bir birim Sağlık Bakanlığı bünyesinde kurulmalıdır.

ÜCRETLER

1. Hizmette eşit işe eşit ücret ilkesine aykırılıklardan başka, sosyal güvenlik kurumlarının farklı normlarda hizmet vermesi sorunu da çözümlenmelidir. Örneğin, Bağ-Kur mensubu bir diş hekiminin emekli aylığı, yanında çalışan sosyal sigortalı teknisyenin yarısı kadardır.

2. Sağlık insangücünün ücretlendirme politikaları ivedilikle ele alınmalıdır. Bu politikalarda aile hekimliğini ve öncelikli yöreleri teşvik edici bir bakış açısı benimsenmelidir.

YASAL VE KURUMSAL DÜZENLEMELER

1. Sağlık sektöründe finansal planlama, organizasyon, yürütme ve denetim faaliyetlerini ilgilendiren mevzuat günün koşullarını uygun hale getirilmelidir.

2. Kent tipi birinci basamak sağlık hizmeti sunum modeli geliştirilerek, yapılanma bir yasal düzenlemeye bağlanmalıdır.

3. Sağlık hizmetinin talebinde sigorta sistemi içerisinde getirilecek bir sevk zinciri kurulmasına ve sigorta sisteminden yararlanmanın temel koşulu olarak sevk zincirine uymanın sağlanması ile ilgili yasal düzenlemeler yapılmalıdır.

4. Ülkemizde tüm sağlık kurum ve kuruluşlarını içerisine alacak bir finansal bilgi ağının oluşmasını ve bilgi akışının sürekliliğini sağlayacak yasal düzenleme yapılmalıdır.

5. Sağlık sektöründeki hizmet alımlarına, hizmet paketlerinin kapsamlarının düzenlenmesine imkan verecek, hizmet maliyetlerinin belirlenmesi ve bu hizmetler ile ilgili denetimlere referans olacak bir özerk kuruluşun kurulması için yasal düzenlemeler yapılmalıdır.

6. Ulusal sağlık bilgi sistemi ağı kurulmalı ve sektör içindeki bütün birimlerin sağlık bilgi sistemine maliyet ve finansal bilgilerini de sunmasını sağlayacak yasal düzenlemeler yapılmalıdır. Kurulacak sistem, kısa ve uzun dönemde sunulacak hizmetlerde toplam kalite yönetimi ile ilgili 21. yüzyıl hedefine uygun biçimde dizayn edilmelidir.

7. Sağlık yatırımları ile ilgili olarak yabancı sermayeyi teşvik edecek yasal düzenlemeler yapılmalıdır.

8. Sağlık Bakanlığının sağlık sektörü içindeki rolü yeniden belirlenmelidir.

9. "Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu" uygulanabilirliği açısından tekrar değerlendirilmelidir.

10. 1990'lardan beri üzerinde çalışılan "Sağlık Hizmetleri Reformu" ve buna bağlı oluşturulan yasal düzenlemeler 2000'li yılların çağdaş anlayışı kapsamında çok sektörlü bir çalışma ile tekrar incelenmeli ve yeniden düzenlenmelidir.

11. UHK'nun günümüz şartlarına göre yeniden düzenlenmesi ve 224 sayılı yasanın gerekli işlerliği kazanması sağlanmalıdır.

12. Gençlik ve Spor Genel Müdürlüğünün gençlere yönelik faaliyetlerini düzenleyen yasaların uygulanır duruma getirilmesi sağlanmalıdır.

13. Adölesan gebeliğin önlenmesi için evlenme yaşının yükseltilmesine ilişkin mevzuat çıkarılmalıdır.

14. MEB okul sağlığı ile ilgili yasal düzenlemeler yapmalıdır (okula hekim-hemşire kadrosu verilmesi, tam gün eğitime geçilmesi, beslenme programlarının ilgili bakanlık tarafından sağlaması gibi).

15. "Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Hakkında Yasa" çıkarılmalıdır.

16. "Birinci Basamakta Klinik Protokoller Bilimsel Danışma Kurulu", "Ruh Sağlığı Eşgüdüm Kurulu", "Rehabilitasyon Bilimsel Danışma Kurulu" ve "İş ve Çevre Sağlığı Enstitüsü" kurulmalıdır.

17. Birinci basamak ruh sağlığı hizmetlerinin planlanmasını, uygulanmasını ve sürdürülmesini takip etmek amacıyla il bazında kamu kurumları, yerel yönetim ve üniversitelerin işbirliği ile yürütülecek, üniversiteler bünyesinde ruh sağlığı merkezleri kurulmalıdır.

18. Özürlülükle ilgili araştırma, eğitim gibi görevleri, yerel yönetimler bünyesinde, ilgili diğer kurum ve kuruluşlarla işbirliği içinde görev yapmak üzere "Özürlü Danışma Merkezleri" kurulmalıdır.

19. Genetik hastalıklardan korunmak amacıyla sağlık personeli ve halkın eğitimi için "Genetik Danışma Merkezleri" kurulmalıdır.

20. Yataklı Tedavi Kurumları Yönetimi Yasa Tasarısı hazırlanarak, dönem içinde yasalaşmalıdır.

21. Gıda güvenliğinin sağlanmasında etkin bir sistem olan "Tehlikeli Analizleri Kritik Kontrol Noktaları (HACCP-Hazard Analysis Critical Control Points)" sisteminin öncelikle hayvansal ürünler (et, süt, balık ve diğer su ürünleri) üreten büyük ölçekli üretim yerlerinden başlatılarak, yaygınlaştırılmalı, bu amaçla gerekli eğitim, üretim ve denetim elemanlarınca sağlanmalı (üniversiteler ve meslek kuruluşları ile işbirliği yapılarak hazırlanacak sertifika programları ile) ve gıda müfettişliği sistemi kurulmalıdır.

22. Ruh sağlığı hizmetlerini temel sağlık hizmetleri çerçevesinde de ele alan bir Ruh Sağlığı Yasası hazırlanmalıdır.

23. Çocuk ve ergen ruh sağlığı uzman hekimlerinin, devlet hastanelerinde ve ana çocuk sağlığı merkezlerinde görev alması sağlanmalıdır.

24. Kentsel ve kırsal alanlarda, çöplerden kaynaklanan çevre kirliliğinin önüne geçmek üzere, yakma, kompostlama veya geri dönüşümle, atıkların en az seviyeye indirilmesine ilişkin teknolojiler geliştirilmeli ve 1593 Sayılı Kanunun 248. madesi günün gereklerine göre değiştirilmelidir.

25. Sosyal güvencesi ve ekonomik alım gücü olmayanlara kontraseptif hizmetler temel sağlık hizmetleri birimlerinde ve hastanelerde ücretsiz verilmelidir.

26. Sağlık hizmetlerinin niteliğini yükseltecek, istihdam olanaklarını genişletecek, SAİG'in özlük haklarını çağın gerektirdiği düzeye getirecek, hizmetin maliyetini düşürecek yeni yapılanma gereklidir.

27. Günümüzde de geçerliliğini koruyan eski kanunlarımızın maddeleri eksiksiz uygulanmalı, güncelliğini kaybedenler (1219, 6023, 3224, 6283, 6197, 3153 gibi) ya değiştirilmeli ya da yenileri çıkarılmalı, meslek yasası olmayan mesleklerin yasaları çıkarılmalıdır.

28. Kanun tasarıları hakkında sadece resmi kurumlarla meslek örgütlerinin değil, hizmetten yararlanacak sivil toplum (tüketici) örgütlerinin de görüşleri alınmalıdır.

29. SAİG'in çağımıza uygun görevlerinin tanımı (yetki ve sorumlulukları), açıkça belirlenmeli, 1219 Sayılı Kanunda yer almayanlar ilave edilmeli ya da "Sağlık Meslekleri ve Uygulamaları" adıyla kapsamlı yeni bir kanun çıkarılmalıdır.

30. Kamu kurumlarında, sağlık hizmetleri meslek yüksek okulları, hemşirelik yüksek okulları ve sağlık yüksek okullarından mezun olanların kazandıkları unvanlara uygun kadrolar tahsis edilmelidir (sağlık teknikerleri, ebe, hemşire, sağlık memurları gibi).

31. Uygulaması gereken kanun maddeleri ve meslek örgüt yasaları için sürekli çalışacak bir komisyon kurulmalıdır.

32. Tababet Uzmanlık Tüzüğü yenilenmeli, çağın gerektirdiği bazı dallar uzmanlık kapsamına alınmalı, uzmanlık sınavları merkezi sistemle yapılarak uzmanlıkta standartlık sağlanmalıdır.

33. Sağlık meslek eğitimi veren kuruluşların yönetim kadrolarında meslekten olanlara öncelik verilmeli, bazı kurumlarda ihtiyaç fazlası istihdam edilen sağlık hizmetleri meslek yüksek

okulları ve hemşirelik yüksek okulları ve sağlık yüksek okulları, sağlık meslek lisesi öğretmenleri de görevlendirilmelidir.

34. Sağlık politikası düzeyinde en önemli öncelik Sağlık Bakanlığının rol ve sorumluluklarının yeniden düzenlenmesidir. Sağlık Bakanlığı hizmet üreten bir kuruluş olmaktan çıkarılıp sağlık politikalarını belirleyen, bunları izleyen ve hizmet kalitesini denetleyip hizmetlerde standardizasyonu gözeten bir kurum haline dönüştürülmelidir.

35. Sağlık hizmetlerinde çağdaş desantralizasyon ilkeleriyle uyumlu yeni bir yapılanmaya gidilmelidir.

36. Sağlık politikası düzeyinde öncelik olarak ele alınması gereken önemli konulardan biri, Sağlık Bakanlığı ve ilgili kuruluşların temsil edildiği özerk bir "Sağlık Üst Kurulu"nun oluşturulmasıdır.

37. Ulusal Sağlık Politikasının belirlenmesi, sağlık hizmetlerinin çevreden merkeze mi yoksa, merkezden çevreye doğru mu olacağı kararının verilmesi gerekmektedir.

38. Sağlıkta yeni insangücüne yönelik önerilen meslek gruplarının görev, yetki ve sorumlulukları yasal düzenlemelerle belirlenmeli, istihdam sorunları çözümlenmelidir.

39. Vericilerden kan toplayacak, işleyecek ve dağıtacak büyük çaplı bölgesel kan merkezleri, işlevini özel sektöre bırakmalıdır. Kar amacı gütmeyecek olan bu türlü organizasyonlara yasalarca izin verilmesi, kan toplama işini kolaylaştıracağı gibi maliyetleri de belirgin ölçüde düşürecektir. Sağlık Bakanlığına bu konuda düşen görev, yapacağı denetimleri özellikle bu merkezlerde yoğunlaştırmaktır. Bu tür büyük çaplı merkezlerin kurulma, yönetilme ve çalışma kuralları önceden Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenmeli ve yürürlüğe konulmalıdır (Amerika Birleşik Devletleri, New York eyaletinde olduğu gibi tüm ülke genelinde de bu problemlerini yukarıda belirtildiği şekilde 50 yıl önce çözüme ulaştırmıştır).

40. Kan Bankacılığı ve Transfüzyon Tıbbı ihtisas dalı haline getirilmeli ve ülkemiz için bu alanda faydalı olacak insangücü arttırılmalıdır.

41. SES işlemleri çok kapsamlı bir sistematiği, otomasyonu ve bürokratik işlemleri gerektirmektedir. Bu işlerin ülke çapında organizasyonunda Sağlık Bakanlığı baş sorumlu olmalı, diğer kamu ve özel kuruluş ve kişiler Bakanlığa yardımcı olmalıdır. Bu konuda

gerekli yasal düzenleme ile bürokratik işlemleri hızlandırıcı yasal düzenlemeler süratle gerçekleştirilmelidir.

42. Sağlık Bakanlığı bünyesinde SES Genel Müdürlüğü süratle kurulmalıdır. Bu Genel Müdürlük bünyesinde birisi Bakanlık içi, diğeri ülke çapında kurumlar arası enformasyon ilişkilerini düzenlemek için iki kurul oluşturulmalıdır. Bu ikinci kurul, DİE, DPT, SSK, üniversiteler ve ilgili bakanlıkların temsilcileri ve diğer ilgililerden oluşmalıdır. Bu kurullar, SES ile ilgili planlama, organizasyon, denetleme, yeniden düzenleme görevlerini üstlenmelidir. SES Genel Müdürlüğü gereken miktarda ve nitelikte eleman, malzeme ve diğer olanaklarla donatılmalıdır. İl, ilçe ve hastane bazında SES ile koordineyi sağlayacak Hastane Enformasyon Sistemleri (HES) üst-kurullarının da oluşturulması gereklidir.

43. Sağlık Bakanlığı ve Türk Standartları Enstitüsü birlikte çalışarak ülke çapında uluslararası normlara uygun ve her basamak sağlık örgütü için gerekli standartları geliştirmeli ve ülke genelinde kullanılması sağlanmalıdır. Bu amaca yönelik olarak Türk Standartları Enstitüsünde "Sağlık Standartları Uzmanlık Komisyonu" oluşturulmalıdır.

44. Sağlık sektöründeki her düzeydeki personelin SES ile ilgili görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanarak yasal düzenlemeler yapılmalıdır.

YENİ HİZMET BİRİMLERİ

1. Sağlık hizmetlerinde ki başarılarını, kullandıkları teknolojiyi örnek aldığımız gelişmiş ülkelerdeki istihdam alanları örnek alınmalı veya çağın gerektiği yeni istihdam alanları yaratılmalıdır.

2. 21. yüzyılın sağlık anlayışı ve hedeflerine uygun, sağlık tesisleri örgütlenme ve yönetimi, aile hekimliği, okul sağlığı sağlık dersi öğretmenliği, evde bakım hizmetleri, beslenme hizmetleri, tıbbi teknolog hizmetleri, araştırma ve geliştirme hizmetleri, biyomedikal hizmetler, çevre, genetik ve geriatrik hizmet alanları, halk sağlığı hizmetleri, doğal afetler, trafik-ev ve iş kazaları, iş sağlığı ve iş güvenliği, turizm gibi yeni hizmet alanlarında SAİG deki tüm elemanlardan yararlanılmalı ve gerektiğinde vardiyalı çalıştırılmalıdır.

3. Toplumun değişen ihtiyaçları doğrultusunda yeni hizmet birimleri (geriatri, adölesan, fizik tedavi, engelli vb bireylere yönelik merkezlerin) oluşturulmalı ve varolanlar geliştirilmelidir.

4. Etkililik, verimlilik, hasta haklarının gerekleri sağlık hizmetlerinin her kademesinde ölçülmelidir.

YEREL YÖNETİM

1. Sağlık Hizmetlerinin sunumunda desantralizasyona geçilmelidir.

2. TBMM ile "Yerel Yönetimler Yasa Tasarısı"nın çağdaş sağlık hizmetleri ve AB normları dikkate alınarak değerlendirilmelidir.