# TÜRKİYE SAĞLIK RAPORU

# 2023

www.saglikder.org.tr

**facebook.com/sağlık-der genel merkezi**

**twitter.com/sağlıkder**

## EDİTÖR

Uzm. Dr. Kasım SEZEN

## EDİTÖR YARDIMCILARI

Prof. Dr. Ahmet URAL
Dr. Hüseyin İLTER
Dr. Ahmet AKSU
Dr. Ercan KURNAZ
İsmet ATABAY
Furkan ATASEVEN
Ahmet TEPE
Sündüs TEKİN
Azime IŞIK
Defne YÜCEL

## KATKI SAĞLAYANLAR

Prof. Dr. Vefik ARICA
Prof. Dr. İlker İnanç BALKAN
Prof. Dr. İsmail BALIK
Prof. Dr. Mehmet KOÇ
Prof. Dr. Doğan ÜNAL
Prof. Dr. Ferit SARAÇOĞLU
Prof. Dr. Abdulkadir TURGUT
Prof. Dr. Necat YILMAZ
Prof. Dr. Nurullah ZENGİN
Prof. Dr. İbrahim AZBOY
Prof. Dr. Ebubekir ŞEN
Prof. Dr. Abdulkadir TURGUT
Doç. Dr. Fevzi ALTUNTAŞ
Doç. Dr. Fatih GÖKSEL
Doç. Dr. Zülfikar AKELMA
Doç. Dr. Mustafa Kemal BAŞARALI
Dr. Ebubekir AYDIN
Dr. Emre Samim ÇULHA
Dr. Önder Recep ACIBAL
Dr. Ahmet TUNCER
Dr. Muhammet Hanefi KOTAN
Dr. Ferhat KORKUTATA
Dr. Hakkı GÜRSÖZ
Dr. Caner HOYLADI
Dr. Mustafa KASAPOĞLU
Doç. Dr. Ali Ramazan BENLİ
Doç. Dr. Mustafa CANBAZ
Uzm. Dr. Mehmet Han ALİŞAN
Uzm. Dr. Hümeyra ASLANER
Uzm. Dr. Mehmet Emin BİNDAL
Uzm. Dr. Ahmet Feyzi İNCEÖZ
Uzm. Dr. Orhan KOÇ
Uzm. Dr. Abdullatif FASLI
Uzm. Dr. Ali YAHŞİ
Dr. Öğr. Ü. Muhammet Ali ORUÇ
Dr. Mehmet ALTUĞ
Dr. Hakan BAYRAKTAR
Dr. Muhammet BAYRAM
Dr. Aziz Alper BİTEN
Dr. Ahmet ÇÖPÜR
Dr. Yusuf GÖKÇE
Dr. Kamil TÜRKMEN
Dt. Ender ÇAKIR
Dt. Sezen ŞAHİN
Dt. Hacer SEZEN ŞAHİN
Dt. Azime Gizem MUTLU
Dt. Hülya ÖZYOL
Dt. Azime CELAYIR
Dt.Metin GÜRSAN
Mehmet ATASEVER

Dr. İsmail KAYA
Dr. Kanuni KEKLİK
Dr. Nevzat KILINÇ
Dr. Muhammed Hanefi KOTAN
Dr. Adem KUCUR
Dr. Babür MİMTAŞ
Dr. Ali MUMCU
Dr. İhsan ŞAHİN
Dr. Muhammet ÖRNEK
Dr. Kürşat ÖZDEMİR
Dr. Mustafa ÖZDERYOL
Dr. Mehmet SAĞLAM
Dr. Yavuz Selim SILAY
Dr. Mehmet TAHİROĞLU
Dr. Adem TUNCER
Dr. İlker TELLİ
Remzi KARATAŞ
Mustafa ŞİMŞEK
Abdulselami TATAR
Yaşar GÜNGÖR
Mehmet Orhan EDİS
Sevilay EDİS
Gamze ATABAY
Dilek KİREMİTÇİ
Şerafettin EKİCİ
Ramazan KAYA
Abdurrahman OZAN
Tekin GÖNÇ
Abdullah ABAT
Ahmet DEMİREL
Hilmi YAVİLİOĞLU
Ahmet CEYLAN
Yahya ÖZTÜRK
Murat ÇAYKARA
Şeyhmus ALTINTERİN

Abdurrahman ATLI
Ahmet CERAN
Mustafa CIVDI
Sait ÇELEBİ
Halil İbrahim EROL
Mustafa Atilla IŞIK
Hicret İMRAK
Zeki KORKUTATA
Adnan SEVGİLİ
Gökhan TUNA
Şenol YILMAZ
Gamze ZERENAY
Arzu İNCEDİŞ
Orhan KARAGÖZ
Devlet SERT
Nurettin ARIKAN
Mustafa ÖZİPEK
Abdullah GÖÇMEZ
Murat BOZKAYA
Yaşar BEYGO
Selehattin ÇOLAK
Bekir YİĞİT
Abdulkadir BOZAN

# TAKDİM

Sağlık Mensupları Dayanışma, Toplum Sağlığı ve Çevreyi Koruma Derneği ( Sağlık-Der), sağlık, sosyal hizmetler ve çevre alanlarında geniş bir perspektifle faaliyet göstermek amacıyla Türkiye Cumhuriyeti eski Başbakanlarından rahmetli Prof. Dr. Necmettin Erbakan tarafından 1991 yılında kurdurulmuştur.

Sağlık ve soyal hizmetler alanlarında Sağlık-Der birçok faaliyete öncülük etmiştir.

Bunları sıralayacak olursak;

Öğrenci faaliyetleri, ev, burs, yurt ihtiyaçlarının karşılanması, öğrenci dergisi Paramedikal'in yayınlanması.

Sağlık alanında kongre, seminer, sempozyumlar, çalıştaylar, eğitim programları düzenlenmesi. Bugüne kadar aile hekimliği, akıllı ilaç kullanımı, sosyal güvenlik sistemi, sağlık yönetimi, kaplıca ve şifalı sular, engelli ve yaşlı sağlığı, görme engelli oryantasyonu, çocuk sağlığı, acil müdahale eğitimleri, hasta bakıcılığı eğitimleri, sağlık çalışanlarına rehberlik eğitimleri sayılabilir.

Yurt içi ve yurtdışında afetler, depremler, seller, savaş ve bunların sonucu göçler sebebiyle mağdur olan, sağlığını kaybedenlere barınma, yiyecek, giyinme, tıbbi muayene ve tedavi yardımları yapılmıştır. Bu kapsamda Yurt dışından Suriye, Filistin, Gazze, Mısır, Rusya, Tataristan, Endonezya, Pakistan, Haiti, Lübnan, Azerbaycan, Bosna Hersek, Bangladeş, Arakan Kampları, Kenya, Sudan ve Tunus, Yurt içinden ise Van, Kilis, Ankara, Afyon, Konya, Erzurum, Elazığ, Bartın, Bolu, Düzce, Muş, Kocaeli, Kahramanmaraş, Adıyaman, Malatya, Hatay, Gaziantep, Osmaniye, Adana illerinde Sağlık-Der ekipleri yardım faaliyetlerine katılmıştır.

Uluslararası yapmış olduğu organizasyonlar, eğitim ve yardım çalışmaları sonucunda oluşturmuş olduğu birikimi "Dünya İslam Sağlık Birliği" ni kurarak taçlandırmıştır. 2-4 Aralık 2016'da İstanbul'da organize ettiği, "Dünya Müslüman Sağlık Toplulukları Kongresi" ne tüm kıtalardan 65 ülke temsilcisi, 110 sağlıkla ilgili sivil toplum kuruluşu katılmıştır. Bu kongre sonucunda Sağlık-Der Genel Başkanımız Dr. Kasım Sezen Dünya İslam Sağlık Birliği Genel Sekreterliğine seçilmiştir. Bu kongrede 22 maddelik dünya Müslümanlarının, sağlık ve sosyal güvenlik ihtiyaçları eylem planı devreye sokulmuştur.

1995 yılında Türkiye'de Aile Hekimliği, Genel Sağlık Sigortasına geçilmesi, Kamu Hastanelerinin ayrılıp denetlenebilir bir kurum olması, SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığının birleşip SGK olarak kurumlaştırılması kararları alınmış Sağlık-Der tarafından kamuoyuna deklare edilmiştir.

Kurucu Başkanımız Sayın Dr. Ahmet Feyzi İNCEÖZ'ün TBMM'deki gayretleri neticesinde 1996 yılında tütün kontrolüne yönelik Kanun kabul edilmiştir. Bu çalışmaların neticesinde vatandaşlarımız dumansız hava sahalarına kavuşmuştur.

Sağlık-Der ulusal ve uluslararası sağlık politikalarının geliştirilmesinde politika yapıcılara destek olmakta ve danışmanlık vermektedir. Yine Ulusal ve Uluslararası Kuruluşlar ile yardım kampanyaları düzenlemiştir. Kızılay ile kan bağışı kampanyası, Arakan kamplarında, Bangladeşte SMALL KİTNESS kuruluşu ile Arakan kanmplarından 11 tane poliklinik açıklmıştır.

Arakan'a merhem olurmusunuz kampanyası ve Kenya'da yetimlere yardım kampanyaları, Suriye'dede çadır kentler, İdlipte 3 adet poliklinik ve çadır kent yapımı kampanyaları yapılmıştır.

Derneğimiz tarafından Voc-Test projesi kapsamında Görme Engelli Oryantasyonu ve Bağımsız Hareket Eğitmeni (Seviye 5) Ulusal Mesleki Standardı revize edilmiştir. Engelli ve Yaşlı Bakım Personeli (Seviye 3) mesleklerine ilişkin ulusal yeterlilikler geliştirilmiş olup, bu mesleklerde deneğimiz Mesleki Yeterlilik Kurumu onaylı sınav merkezi olma süreci tamamlanmak üzeredir.

Sağlık-Der sağlık hizmet sunumunda yaşanan problemler ve bunların çözümüne yönelik önerilerini her yıl "Türkiye Sağlık Raporu" ile yayınlamaktadır. Bu raporu ilgili tüm kurum ve kuruluşlar ile paylaşarak bu önerilerin hayata geçirilmesine çalışmaktadır.

Derneğimiz "Türkiye Sağlık Raporu 2023" için de çalışmalarını tamamlamıştır. Raporun konu başlıkları ve içeriği yeniden düzenlenerek rapor daha etkin bir hâle getirilmiştir. Raporun hazırlık aşamasında konuya ilişkin daha fazla sayıda uzmanla çalışılarak karar vericiler için hayata geçirilebilir öneriler getirmek amaçlanmıştır.

Türkiye Sağlık Raporu 2023'nin hazırlanması aşamasında akademisyenler, bürokratlar ve konunun uzmanları tarafından verilen desteğin, sağlık ve sosyal güvenlik alanında son yıllarda büyük başarılara imza atmış Türkiye'nin bu alanda bir ileri aşamaya geçmesine vesile olacağı kanaatindeyiz.

Türkiye Sağlık Raporu 2023-*'nin sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi noktasında ilgili Bakanlıklara, kurumlara ve sektöre katkı sağlaması ümidiyle, raporun hazırlanmasında emeği geçen herkese, özellikle Öz-Sağlık İş Sendikasına, raporun editörlüğünü ve redaksiyonunu yapan önceki dönem Halk Sağlığı Genel Müdürü, Halk Sağlığı Uzmanı Dr. Hüseyin İlter'e özel olarak teşekkür eder, raporun milletimize hayırlı olmasını dilerim.

**Uzm. Dr. Kasım SEZEN**
**Genel Başkanı**

# TABLOLAR

TABLOLAR

Tablo 1. İBBS-1'e ve Sektörlere Göre Hastane Sayısı, 2020 ..... 52

Tablo 2. Dallara Göre Hastane ve Yatak Sayıları, 2019 ..... 52

Tablo 3. Sektörlere Göre Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Veren Kurum ve Kuruluşlar, 2019 ..... 53

Tablo 4. İBBS-1'e ve Sektörlere Göre Hastane Yatağı Sayısı, 2020 ..... 53

Tablo 5. Sektörlere Göre Nitelikli Yatak Sayısı ve Toplam Yataklar İçerisindeki Oranı, (%), 2020 ..... 53

Tablo 6. Türlerine ve Sektörlere Göre Yoğun Bakım Yatak Sayıları, 2020 ..... 54

Tablo 7. Sektörlere Göre Hastanelerde Cihaz Sayıları, 2020 ..... 54

Tablo 8. Birinci Basamak Kurum ve Acil Hizmet Altyapı Sayıları, 2020, Sağlık Bakanlığı ..... 54

Tablo 9. Kurum Türlerine Göre Toplam ve Kişi Başı Hekime Müracaat Sayısı, 2020, Tüm Sektörler ... 55

Tablo 10. İBBS-1'e Göre Bazı Sağlık Hizmeti Kullanım Göstergeleri, 2020, Tüm Sektörler ..... 55

Tablo 11. Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelerde Yatan Hasta Sayısı ..... 56

Tablo 12. Sektörlere Göre Hastanelerde Cihaz Başına Düşen Görüntüleme Sayısı, 2019 ..... 56

Tablo 13. İBBS-1'e Göre Aşılama Hızları, (%), 2020 ..... 57

Tablo 14. . İBBS-1'e Göre Doğum ve Antenatal Bakım Göstergeleri, (%), 2020 ..... 58

Tablo 15. Bazı Enfeksiyon Hastalıklarının Vaka Sayısı ve İnsidansı (100.000 Nüfusta), 2020 ..... 58

Tablo 16. Yıllara ve Cinsiyete Göre Toplam Kanser İnsidansı, (100.000'de, Dünya Standart Nüfusu). 58

Tablo 17. Yıllara Göre Erkeklerde En Sık Görülen 10 Kanser Türünün İnsidansı, (100.000'de, Dünya Standart Nüfusu) ..... 59

Tablo 18. Yıllara Göre Kadınlarda En Sık Görülen 10 Kanser Türünün İnsidansı, (100.000'de, Dünya Standart Nüfusu) ..... 59

Tablo 19. İBBS-1'e Göre Bazı Acil Sağlık Hizmetlerine İlişkin Göstergeler, Sağlık Bakanlığı, 2020 ..... 60

Tablo 20. Yıllara Göre Acil Sağlık Hizmetlerine İlişkin Göstergeler, 2002-2019 ..... 60

Tablo 21. Sağlık Personeli Sektörlere ve Unvanlara göre Dağılımı, 2020 ..... 68

Tablo 22. İBBS-1'e ve Unvanlara Göre 100.000 Kişiye Düşen Personel Sayısı, 2020, Tüm Sektörler ... 68

Tablo 23. Referans Türüne, Yerli/İthal ve Geri Ödeme Durumuna Göre İlaç Satış Hacminin ve İlaç Satış Değerinin (₺) Dağılımı, (%), 2020 ..... 83

Tablo 24. Yıllara ve Seçilmiş ATC-1 Gruplarına Göre 1.000 Kişiye Düşen Günlük İlaç Tüketim Miktarı, DDD ..... 83

Tablo 25. Sağlık Hizmet Sunucusu Türüne Göre Müracaat Başına Ortalama Maliyet, 2010-2020 ..... 88

Tablo 26. SGK Tarafından Tahakkuk Edilen Reçete Analizi, 2010-2020 ..... 88
Tablo 27. Sağlık Hizmeti Sunucularına Göre Sağlık Harcamaları, 2020 ..... 88
Tablo 28. Sağlık Harcamaları, (2002-2020), (Milyon TL/USD) ..... 90
Tablo 29. Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı, (Milyon TL, %), (2002-2020) ..... 91
Tablo 30. Kamu ve Özel Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı, (2002-2020), (%) ..... 92
Tablo 31. Toplam İlaç Harcamaları, (2002-2020), (Milyon TL/USD) ..... 92
Tablo 32.Cari Sağlık Harcamalarının Uluslararası Mukayesesi (2019 veya en yakın yıl) ..... 98
Tablo 33. Yaş grubuna göre nüfus ve toplam nüfus içindeki oranı, 2007-2020 ..... 101
Tablo 34. Yıllara Göre Genel Demografik Göstergeler, 1990-2019 ..... 101
Tablo 35. İBBS-1'e Göre Mortalite Göstergeleri, 2020 ..... 103
Tablo 36. Doğumda Beklenen Yaşam Süresi Ülke Kıyaslaması, 2019 ..... 105

# ŞEKİLLER - GRAFİKLER

Grafik 1. (DaBT+İPA+Hib) Aşılama Hızlarının Uluslararası Karşılaştırması, (%), 2019 ..... 57
Grafik 2. Türkiye'de Sosyal Güvenlik Kapsamında Sağlık Hizmetlerini Alabilen Nüfus Oranı (%) ..... 89
Grafik 3. OECD Ülkelerinde Sosyal Güvenlik Kapsamında Sağlık Hizmetlerini Alabilen Nüfus Oranı (%), 2020 veya En Yakın yıl ..... 89
Grafik 4. Sağlık Harcamaları, (2002-2020), (Milyon TL) ..... 90
Grafik 5. Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı, (Milyon TL, %), (2002-2020) ..... 91
Grafik 6. Kamu ve Özel Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı, (2002-2020), (%) ..... 96
Grafik 7. Kişi Başı Sağlık Harcamaları, (2002-2020), (TL) ..... 93
Grafik 8. Cepten Yapılan Sağlık Harcamasının Toplam Sağlık Harcaması İçindeki Oranı, (%), (Milyon TL), (2002-2020) ..... 93
Grafik 9. Katastrofik Sağlık Harcamaları, (2002-2018), (%), (Türkiye) ..... 94
Grafik 10. Toplam İlaç Harcamaları, (2002-2020), (Milyon TL/USD) ..... 96
Grafik 11. Cari Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payının Uluslararası Karşılaştırılması, (%), (2019 veya en yakın yıl) ..... 96
Grafik 12. Kişi Başı Cari Sağlık Harcamalarının Uluslararası Karşılaştırılması, (%), (2019), (SGP USD) ..... 97
Grafik 13.Yapılan Sağlık Harcamasına Göre Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Oranı ..... 97
Grafik 14. 65 Yaş ve Üzeri Nüfus Oranının Uluslararası Karşılaştırması, (%), 2019 ..... 102
Grafik 15. 0-14 Yaş Nüfus Oranının Uluslararası Karşılaştırması, (%), 2019 ..... 103
Grafik 16. Neonatal Ölüm Hızının Uluslararası Karşılaştırması, (1.000 Canlı Doğumda), 2019 ..... 103
Grafik 17. Doğumda Beklenen Yaşam Süresinin Uluslararası Karşılaştırması, 2019 ..... 104

# İÇİNDEKİLER

**Tablolar** ..... **9**
**Şekiller - Grafikler** ..... **11**
**Giriş** ..... **13**
**BÖLÜM 1: Genel Sağlık Sistemi** ..... **14**
**BÖLÜM 2: Sağlık Hizmet Sunumu** ..... **18**
Koruyucu Sağlık Hizmetleri ..... 19
Toplum Sağlığı Merkezleri ve İlçe Sağlık Müdürlüğü ..... 21
Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri ..... 23
Aile Hekimliği ..... 26
Aşı Tereddütü ..... 29
Çevre Sağlığı ..... 32
Çalışan Sağlığı ve Güvenliği ..... 36
Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri ..... 38
Hastane Acil Servisleri ..... 41
Kamu Hastaneleri ..... 43
Özel Sağlık Hizmetleri ..... 45
Evde Sağlık Hizmetleri ..... 47
Palyatif Bakım ..... 50
Sağlık Hizmeti Verilen Kurumlar ve Altyapıları ..... 52
Sağlık Hizmeti Kullanım İstatistikleri ..... 55
Koruyucu Sağlık Hizmetleri İstatistikleri ..... 57
Acil Sağlık Hizmetleri İstatistikleri ..... 60
**BÖLÜM 3: Sağlık İnsan Kaynakları** ..... **61**
Sağlık Çalışanları ..... 62
Sağlıkta Şiddet ..... 67
Sağlık İnsan gücü İstatistikleri ..... 69
**BÖLÜM 4: Sağlık Eğitimi** ..... **70**
Temel Sağlık Eğitimi ve Okul Sağlığı ..... 71
Sosyal Medya Kullanımı ..... 73
Sağlık Eğitimi ..... 75
**BÖLÜM 5: İlaç ve Tıbbi Cihaz Sektörü** ..... **77**
İlaç ve Eczacılık Hizmetleri ..... 78
Geleneksel Tamamlayıcı Tıp (GETAT) ..... 81
İlaç İstatistikleri ..... 84
**BÖLÜM 6: Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Harcamalar** ..... **89**
Sağlık Finansmanı İstatistikleri ..... 107
**BÖLÜM 7: Sağlık Göstergeleri** ..... **100**
Genel Demografik Veriler ..... 102
Mortalite İstatistikleri ..... 104
**BÖLÜM 8: 2022 YILI SAĞLIĞA TEHDİTLER** ..... **107**
**BÖLÜM 9: SONUÇ ve TEKLİFLER** ..... **110**

# GİRİŞ

Ülkemizde son yıllarda sağlık hizmetinde önemli gelişmeler kaydedilmiştir.

Uluslararası büyük sermaye sağlık sektörünü karlı bir sektör olarak görmekte, tüm sektörlerde olduğu gibi sağlık sektörünü de ele geçirmek istemektedir.

Özellikle ileri teknoloji ve büyük sermaye gerektiren ilaç ve medikal sektöründe yeni ürünleri reklam desteğiyle maliyetinin çok üstünde satmaktadırlar.

Bu büyük sermayenin hamlelerinden bazıları; ilacın markette satılması, eczane zincirlerinin kurulması, özel büyük hastane zincirleri, ileri teknoloji ürünlerin yeterince denenmeden rutin kullanıma sokulması olarak sayılabilir.

Bu iştahı dinmeyen global sermayenin hedeflerinden birisi de Türkiye'dir. Bu saldırı karşısında Türkiye'de ki sağlık sisteminin köklü bir geçmişe sahip olması ve halkımızın bilinç seviyesi sağlığımızın kolay lokma olmasını engellemektedir.

Sağlık sadece Sağlık Bakanlığının sorumluluğunda olmamalıdır. Hemen hemen tüm sektörlerin, sağlık konusunda görev ve sorumlulukları olmalıdır. Bu görev ve sorumluluklar belirlenerek **çok sektörlü sağlık sorumluluğu anlayışı** benimsenmelidir. Bir ambulansın geç gelmesi sorununun çözümü, belediye hizmetleri, trafik, kara yolları ve kentsel planlama dâhil olmak üzere çok sektörlü bir planlama gerektirir.

Son yıllarda sağlık personeli gittikçe artan şekilde şiddete maruz kalmaktadır. Psikolojik olarak şiddet uygulayanların durumu tetkik edildiğinde **şiddetin temelinde kadere isyan** görülmektedir. İnsanımızın inanç ve kadere iman temelinde eğitilmesi ve güçlendirilmesi gerektiği aşikârdır. Hastalara ve hasta yakınlarına da, **ölümü, hayatı, sağlığı vereninde Allah** olduğunun hatırlatılması gerekmektedir.

Bu raporda tüm sağlık sistemimiz her yönüyle tek tek ele alınmaktadır. Tarafsız bir sivil toplum gözüyle mevcut durum güçlü ve güçlendirilmesi gereken yönleriyle değerlendirilmektedir. Bu farklı yaklaşım tarzı bu rapora özgüdür. Sonuç ve değerlendirmeler neticesinde Sağlık-Der olarak ilgili kurum ve kuruluşlara tekliflerimizi de sunmaktayız.

Bu Raporu mümkün olduğunca anlaşılır, pratik tutmaya çalıştık. Raporda kısa olarak ifade edilen tüm hususların editör heyetinde kitaplar dolusu teferruatlı içeriği mevcuttur. İlgilenenlerle bu içeriği paylaşmaktan mutluluk duyarız. Yüce milletimize faydalı olmasını dileriz.

# BÖLÜM 1:

# Genel Sağlık Sistemi

# Genel Sağlık Sistemi

## GÜÇLÜ YÖNLERİ

1. Sağlıkta hizmet kalitesi ve erişimde önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. Bu kapsamda; aile hekimliği, anne ve çocuk sağlığı, hastane ve hasta yatak sayıları, sağlık personeli, koruyucu sağlık, kurumsal yapılanma, bulaşıcı hastalıklarla mücadele ve hasta hakları başta olmak üzere pek çok alanda reform niteliğinde gelişmeler sağlanmıştır.

2. Türkiye'de Sağlık Sistemi aksaklıklara rağmen geleneksel olarak belli bir çalışma yöntemine ve organizasyona sahiptir. Vatandaşlarımız hastalıklarının teşhis ve tedavisi için hekime ve sağlık merkezlerine gitme alışkanlığına fazlası ile sahiptir. Vatandaşlarımızın sağlık okur-yazarlığı artmakta olup, bu durum sağlık sisteminin daha iyi çalışmasına katkıda bulunmaktadır.

3. Türkiye'de sağlık örgütlenmesi Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemi ile tek elden yürütülmektedir. Buna göre sağlık eğitimi, denetimi ve örgütlenmede yetki Sağlık Bakanlığı'nda iken, geri ödeme hizmetleri Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından yürütülmektedir. Sağlık Bakanlığı kamu hastanesi yanında özel sektörden de hizmet almaktadır. Tüm bu kurumsal yapılar Cumhurhurbaşkanlığı kontrolündedir.

4. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde (Aile Hekimliği, Toplum Sağlığı Merkezleri vb.) fiziksel alt yapı ve hizmet ağı mevcuttur.

5. Türkiye, sağlık alanında iletişim ve bilişim teknolojisinde (Medula, E-nabız, Mhrs, Sabim, Alo 184, E-reçete, HES uygulaması, TDMS, ÇKYS, İKYS, MKYS, İlaç Takip Sistemi, Medikal Ürün Takip Sistemi) çok önemli gelişmeler kaydetmiştir.

6. Ülkemizde ihtiyacı karşılayacak kadar vasıflı sağlık personeli eğitimini sağlayacak eğitim kurumları mevcuttur.

7. Yaşlı, hasta ve engellilerin bakımı çoğu zaman geleneksel olarak aile içinde ve bakım merkezlerinde sağlanabilmektedir. Bu hizmetlerin bedeli Sosyal Hizmetler İl Müdürlükleri'nce karşılanmaktadır. Bu durum sağlık sistemine katkı sağlamaktadır.

8. Ülkemizde Acil Sağlık Hizmetleri, en ücra yerleşim yerlerine kadar kara ambulansları, paletli ambulanslar, hava ambulansları, deniz ambulansları ile modern ve hızlı şekilde verilmektedir.

9. Ülkemizde tüm vatandaşlarımız Genel Sağlık Sigortası kapsamında kamu sağlık tesislerinden ücretsiz sağlık hizmetinden faydalanmaktadır İsteyen vatandaş özel sigortalardan prim ödeyerek tamamlayıcı sağlık sigortası yaptırarak özel şekilde ücretsiz hizmet almaktadır.

## GÜÇLENDİRİLMESİ GEREKEN YÖNLERİ

1. Türkiye'de sağlık politikaları, ülkenin sağlık sorunlarına gerçekçi, akılcı ve kalıcı çözümler getirmekten çok, hükümetlerin ve politikacıların halktan gelen tepkileri önleyebilmeleri prensibi üzerine oturmuştur. Bu durum sağlık konusunu popülist yaklaşımlarla yönetilir hale getirmektedir.

2. Sağlık personelinin pandemide meydana gelen aşırı iş yükü ve psikolojik zorlanmaları neticesinde meydana gelen motivasyon kaybı, enflasyona bağlı ekonomik dalgalanmaların tesiri ile devam etmektedir.

3. Kamuya ait hastane ve sağlık kuruluşlarının denetimleri yetersizdir.

4. Türkiye'de kamu kesimindeki sağlık hizmetinde, sağlığa ayrılan kısıtlı kaynaklar, politik nedenlerle asıl amacından farklı olarak, koruyucu tıp ve sağlıkta altyapı yatırımlarından çok tedavi edici tıp alanına sevk edilmektedir.

5. Sağlık sektöründe kalite kontrolü, standardizasyon, iş verimliliği analizleri, denetimler ve geri bildirim gibi sistemin kendi kendini düzeltmesi kanalları iyi çalışmamaktadır.

6. Türkiye'de kamu sağlık kuruluşlarında hekim ve personel çalıştırılması, çoğu zaman, devlet memuriyeti yasalarıyla düzenlenmektedir. Bu yasalar uyarınca, iş verilen kişilerin eğitimlerinin seviyesi, ürettikleri işin kalitesi, miktarı ve çalışma verimliliği gibi çağdaş işletmecilik kavramları hesaba katılmamaktadır. Bu duruma bağlı olarak, verimliliği yüksek olan ile üretmeyen personelin aynı haklara ve gelire sahip olması gibi iş verimini azaltan bir çalışma ortamı oluşmaktadır. Bu duruma politik yönü ağır basan tayin ve atama uygulamaları da eklenince, verimsiz ve dağılımı düzensiz bir personel profili ortaya çıkmakta, sağlık için ayrılan kısıtlı kaynaklar israf edilmektedir.

7. Sağlık Bakanlığı İdari Teşkilatı ve Sosyal Güvenlik Kurumu 15.000'e yakın hekimi idari kadrolarda tutmaktadır. Bu israf, hemşire ve yardımcı sağlık personelinde de devam etmektedir. Ankara'da bir Sosyal Güvenlik Merkezinde 280 hekim sadece fatura incelemektedir. Aynı görevi eğitilmiş personel yapabilir ve uzman doktorlardan danışmanlık desteği alabilir.

8. Mecburi hizmet yapan hekimler sıkı yasal zorlamalara rağmen atandıkları yerde kısa süreli kalmakta, verimli çalışamamaktadır. Bu durum hem hekimleri zor durumda bırakmakta, hem de büyük kaynak israfına yol açmaktadır.

9. Türkiye'de sağlık alanında, merkezi ve yetkilerini devretmeye yatkın olmayan güçlü bir bürokratik sistem vardır. Diğer bir yandan, birçok sivil meslek kuruluşu da, bu yetki ve sorumlulukları üstlenmeye fikir düzeyinde hazır değildir.

10. Vatandaş MMRS'den randevu alamadığı için acil servislere müracaat etmektedir. Bu durumda halen acil servislerde büyük bir hasta yoğunluğu varken aşırı bir yoğunluğa sebep olmaktadır. Ayrıca pandemi kaynaklı biriken hasta sayısı polikliniklerde büyük bir yük olarak karşımıza çıkmaktadır. Vatandaş MHRS den randevu alamamaktadır.

11. Küçük yerleşim birimlerine daha iyi hizmet verebilme endişesi doğmuştur. Fakat entegre hastanelerde istenilen verimde elde edilememktedir.

12. Doğu ve Güneydoğuda, uzun süreli hekim çalıştırmak mümkün olmamaktadır. Mecburi hizmet kapsamında atanan hekimler sözleşmeli kadroya alınmasına ve tatmin edici ücretle çalışmalarına rağmen mecburi hizmet biter bitmez bölgeden ayrılmaktadırlar.

13. Tıp fakültelerinin sayısı ve kayıtlı öğrenci sayısı arttıkça eğitim kalitesi düşmeye başlamıştır.

**TEKLİFLER:**

1. Kamu hastanelerinde akılcı performans sistemine geçilmelidir. Özellikle cerrahi branşlarda mutlaka uygulanmalıdır. Endikasyonsuz işlemler, suni hasta oluşturma pozitif performansın sonucunda gelmiştir. Akılcı performans sistemi pozitif ve negative performansları içermelidir.

2. Mevcut döner sermaye sistemi revize edilmeli ve daha hakkaniyetli ve akılcı performansı esas alarak yeniden tasarlanmalıdır.

3. SUT fiyatları her yıl enflasyon oranında artırılmalıdır. Bu hem sağlık çalışanları hem doktorlar hem özel sektör için elzemdir.

4. Motivasyon kaybı bir an önce motive edici tedbirler ile ortadan kaldırılmalıdır.

5. Sağlık personeli manevi olarak desteklenmeli, şifanın Allah'tan olduğu, sağlık personelinin yapması gerekeni en iyi şekilde yapıp, sonucu şifanın Allah'tan olduğunu bilerek kalbinin mutmain olması, hastaya da bu durumu hastanın anlayacağı şekilde ifade etmesi sağlanmalıdır.

6. Sağlık personelinin verdiği emeğinin asla maddi olarak karşılanamayacağı bilinmelidir. Sağlık personelinin yaptığı işten manevi haz almasıi hastayı sağlıklı kılma sevincini, iş başarma mutluluğunu tatması için gerekenler yapılmalıdır.

7. Performans sistemi için yüzdelik dilimler belirlenmelidir. %10 altı ve %90 üstü dilimlere düşen hekimler döner sermaye komisyonu tarafından denetlenmelidir.

8. Kamu hastanelerinin denetimleri yetersizdir. Sağlık personelinden oluşan denetim ekipleri yeterli değildir. Denetim ekipleri maliye, SSK, hekim ve sağlık idarecisinden oluşmalıdır.

9. Vatandaş sağlık sorunlarının çözümünde ve finansmanında sorumluluk alma alışkanlığına sahip kılınmalıdır. İsraf ve sistemi oyalama yaptırıma tabi tutulmalıdır.

10. Toplum sağlığını koruma ve sağlık imkânlarının tasarruflu kullanımı hususunda, toplumu ikna gücü yüksek sivil toplum kuruluşlarıyla kamu işbirliği yapılmalıdır.

11. Sağlık okuryazarlığının artırılması için çalışmalar yapılmalıdır. Ortaöğrenim kurumlarında Sağlık Bilgisi dersi mecburi olmalıdır.

12. Doğuda ve 5-6. Bölgelerde mecburi hizmet kapsamında atanan hekimlere, mecburi hizmet süresi bittikten sonra sözleşmeli kadroya alınarak, bu bölgelerde hekim çalışma süresi 2 katına çıkarılmalı ve bu bölgede hekimlerin daha uzun sure kalması sağlanmalıdır.

# BÖLÜM 2:

# Sağlık Hizmet Sunumu

# Koruyucu Sağlık Hizmetleri

**GÜÇLÜ YÖNLERİ:**

1. Temel sağlık göstergelerinde önemli iyileşmeler kaydedilmiş, bebek ve anne ölüm oranları hızla düşürülmüş ve doğuşta beklenen yaşam süresi yükselmiştir.

2. Dünya çapında büyük tehdit oluşturan AİDS, Hepatit Türkiye'de korunma tedbirleri, sünnet uygulaması ve eğitim sayesinde Batı ülkelerine ve Afrika ülkelerine göre çok daha az görülmektedir.

3. 2020 – 2021 yıllarında geçirmiş olduğumuz korona pandemisinde insanların maske-mesafe, hijyen tedbirleri sayesinde bulaşıcı hastalıkların bulaşması azaltılmıştır.

4. Aşılama hizmetleri, dünya ortalamasına göre daha yüksek oranda yapılmaktadır. Bu da hastalıklara karşı koruyucu bir önlemdir.

5. On üç ayrı aşı ile önlenebilir hastalığı devlet eliyle ücretsiz olarak sağlamaktadır.

6. Türkiye kendisi aşı üretmektedir.

7. Tarım Bakanlığı'na bağlı gıda-kontrol birimleri gıda üretimi ve uygun koşullarda saklanılması, ruhsatlandırması, dağıtımı ve satışını control etmektedir.

8. Çevre Bakanlığı tarafından hava kalitesi ölçümü yapılmaktadır. Bütün araçların egzoz emisyon ölçüm değerleri hava temizliği açısından yapılmaktadır. Standartaların üzerinde değerlere sahip araçlar trafikten alı konulmaktadır.

9. Hava kirliliği yaratma potansiyeli olan fabrikalara baca filtresi kullanma zorunluluğu getirilmiştir.

10. Gıda güvenliği için toprakta kullanılan gübre ve minerallerin standard belirlenmektedir. Bu standart ve takibi Tarım Bakanlığı tarafından sağlanmaktadır.

11. Türkiye'de dini ve ahlaki nedenlerle, uyuşturucu madde bağımlılığı, alkol tüketimi ve alkolizm oranı, gelişmiş Batı ülkelerine göre daha düşüktür. Sigara ve tütün kullanımını engelleyici yasal düzenlemeler yapılmıştır. Bu tedbirlerle son yıllarda sigara tüketimi azalmıştır.

12. Türkiye'de şehir şebeke havuz, kaplıca, yüzme ve ambalajlı sularının analizleri yeterince yapılmaktadır. Bu sayede su yoluyla bulaşan hastalıklar daha az görülmektedir.

13. Gıda maddeleri ve insana temas eden meslek sahiplerinin portör muayeneleri mecburidir.

14. Ortaöğretim öğrencilerinin aile hekimlerinden tarama muayenesi mecbur tutulmuştur.

15. Evlilik raporu mecbur tutulmuştur.

16. Aşılama hizmetleri, anne-çocuk sağlığı, yaşlı sağlığı, kanser tarama programları gibi çalışmalar aile hekimleri tarafından yapılmakta. Tüm vatandaşlarımız birer aile hekimine kaydedilerek, koruyucu sağlık hizmetleri kapsamı dışında kimsenin kalmaması sağlanmıştır.

**GÜÇLENDİRİLMESİ GEREKEN YÖNLERİ:**

1. Bağışıklama hizmetlerinde halkımızın bir kısmında aşı yapılmasına karşı direnç bulunmaktadır. Bu durum aşıların kısırlık yaptığı, domuz ürünleri kullanılması gibi dini hassasiyetlerden veya aşıların içinde paraben ve civa gibi maddelerin olduğu ve bu çocukların beynini etkilediği gibi yanlış bilgilerden kaynaklanmaktadır.

2. Toplumda aşılanmaya karşı bir direnç gelişmiştir. Bundan dolayı toplumun tam aşılanması mümkün olmamaktadır.

3. Koruyucu sağlık hizmetlerine olan ilgisizlik, destek eksikliği hastalıkların atrmasına, bu da hastanelere daha fazla iş yüküne neden olmaktadır.

4. Türkiye'de şehirleşme sürecindeki çarpıklıklar, düzensiz altyapıya sahip ve gürültülü kent merkezlerini ortaya çıkarmakta; bu da, insan hayatını tehlikeye atmaktadır.

5. Analizi yapılan şebeke havuz, kaplıca, yüzme ve ambalajlı sularının analiz sonuçları kullanıcılara bildirilmemektedir. Analiz sonuçları uygunsuz çıktığında yerel yönetimler gerekli önlemleri almamaktadırlar. Bu yerel yönetimlere karşı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğünün yaptırım gücü bulunmamaktadır.

6. Hava, su, toprak kirliliğiyle ilgili çeşitli bakanlıklar sorumluluk sahibidir. Ancak caydırıcı önlemler yeterli değildir.

7. Soba, doğalgaz zehirlenmeleri nedeniyle her yıl binlerce vatandaşımızın sağlığı bozulmakta ölümle sonuçlanan onlarca vaka olmaktadır. Bu halk sağlığı sorununa karşı alınan tedbirler yeterli değildir.

8. Toplumun ruh sağlığını bozan, cinsel yolla bulaşan hastalıkların yayılmasına sebep olan, şehirlerde masaj reklamı tarzında broşür ve kartvizitlerinin yollara atılması engellenmemektedir.

9. Uyuşturucu ve bağımlılık yapıcı maddelere karşı mücadele ve polisiye tedbirler dışında gençleri bu zararlı maddelerden uzak tutucu olmasına ragmen uyuşturucunun toplumdaki yayğınlaşmasının önü alınamamaktadır.

10. Çarpık kentleşme , bina ruhsatlandırmasında denetim eksikliği, önemli bir halk sağlığı sorunu olarak devam etmektedir. Yakın zamanda yaşanan deprem felaketleri gibi yıkımlar, önemli miktarda can kaybına yol açmaktadır.

**TEKLİFLER:**

1. Dünyada, trafik kazasına bağlı yaralanma ve ölümlerin en çok olduğu ülkelerden biri Türkiye'dir. Sürücü eğitimleri daha ciddiyetle ele alınmalıdır.

2. Türkiye'nin bir deprem ülkesi olması sağlık alanında bazı özel tedbirlerin ve ek harcamaların yapılmasını gerektirmektedir. Yapıların sağlamlığı sağlanmalı, eğitimler verilmelidir.

3. Su analizi sonuçları halka açıklanmalıdır. Sağlıksız suların düzeltilmesi için Halk Sağlığı Genel Müdürlüğünün yerel yönetimler üzerindeki yaptırım gücü arttırılmalıdır.

4. Sağlık Bakanlığı veya Sosyal Yardım Vakıfları'nca sobalı evlere karbon monoksit sensörü ücretsiz olarak dağıtılmalıdır. Doğalgaz kombisi kullanan evlerde şirketler tarafından doğalgaz sensörü takılması zorunlu olmalıdır.

5. Halka hijyen ve aşılama, hastalıklardan korunma, iş ve ev ergonomisi hususlarında bilgilendirme yapılmalıdır. Bu hususta sivil toplum kuruluşlarıyla iş birliği yapılmalıdır.

6. Uyuşturucu ve bağımlılık yapan maddelere karşı vatandaşlara bilgilendirme yapılmalı, medya ve sivil toplum kuruluşlarıyla işbirliği yoluna gidilmelidir.

7. Engellilere hayatını kolaylaştırabilecek şehir planlamaları yapılmalıdır.

8. Kaza ve yaralanmalara karşı çocuklara yönelik çok sektörlü bir eylem planı hazırlanmalıdır.

9. Hava, su, toprak kirliliğinin kontrolü hususunda ilgili kuruluşlarla, Sağlık Bakanlığı'nında dahil olduğu Türkiye Çevre Ajansının güçlendirilmesi.

10. Su kontrolünün tek elden yürütülmesi ile karışıklıkların önlenebileceği.

11. Çarpık kentleşme, denetimsiz kaçak yapıların yerine kentsel dönüşüm projeleri hayata geçirilmeli, daha güvenli ve yaşanabilir yerleşim yerleri inşaa edilmelidir.

# Toplum Sağlığı Merkezleri ve İlçe Sağlık Müdürlüğü

**GÜÇLÜ YÖNLERİ**

1. Her ilçede bir Toplum Sağlığı Merkezi / İlçe Sağlık Müdürlüğü kurulmuştur.

2. İlçedeki sağlık hizmetlerinin tek elden koordine edilmesine ve bütüncül bir yaklaşıma imkân sağlamaktadır.

3. Siyasi irade ve sağlık bürokrasisi koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine yönelik güçlü bir irade ortaya koymuştur.

4. Çok paydaşlı bir yaklaşım ve bütüncül bir bakışla hizmet sunma imkânı vermektedir.

5. AÇSAP, KETEM, VSD gibi sağlık kuruluşlarının bağlı birim olarak hizmetlerini devam ettirmesi ve sahip oldukları tecrübe ve birikimleri, bütüncül bir hizmet anlayışıyla sunarak kaynakların daha etkin ve verimli kullanımına imkân sağlamaktadır.

6. Topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumunda kurumsal birikim mevcuttur.

7. Sağlıklı Hayat Merkezleri uygulamaya geçirilmiş ve sayıları artırılmaya başlanmıştır.

**GÜÇLENDİRİLMESİ GEREKEN YÖNLERİ**

1. Mevzuat dayanağının zayıf olması (5258 sayılı Kanun'a sonradan eklenen bir cümleye dayandırılmıştır)

2. İdari görevler ile sağlık hizmet sunumuna dair sorumlulukların iç içe girmiş olması,

3. TSM tarafından sunulan hizmetlerin vatandaşlarca ve diğer kurumlarca bilinmemesi,

4. TSM başkanın bir kısım yerlerde TSM Başkanı/ İlçe Sağlık Müdürü ve Entegre Hastane Baştabibi olarak görev yapması nedeniyle hizmet önceliklendirilmesinde sorunlar yaşanması,

5. 5258 sayılı Kanun'unda yer alan "aile hekimi ile ilgili hizmetlerin dışında kalan birinci basamak hizmetlerin yürütülmesi" gibi muğlak ifadeler sebebiyle ilgili mevzuatta oldukça fazla konuyla görevlendirilmesi,

6. Uygulamada bir kısım yerlerde personel yığılması olurken çoğu yerde personel ihtiyacının olması, personel sirkülasyon sıklığında kaynaklanan uzmanlaşma yetersizliği,

7. İhtiyaç duyulan bazı kritik personellerin (psikolog, evde sağlık hemşiresi ve sosyal çalışmacı gibi) bulunmaması,

8. TSM'lerin ihtiyacına uygun hizmet binalarının olmaması,

9. AÇSAP, KETEM ve TSM gibi önceden müstakil olan sağlık tesislerinin bağlı birimler olarak tanımlanmasına rağmen gerekli aidiyet duygusunun oluşturulamaması,

10. TSM'nin sağlık sistemimiz içerisindeki yerinin ve fonksiyonunun anlaşılamamış olması,

11. Yerli ve yabancı kaynaklı nüfus hareketliliğinin bulunması,

12. Veri toplama sistematiğinin yetersiz olması ve standart modüler bir sistemin olmaması, Toplum Sağlığı Merkezleri'nin güçlendirilmesi gereken yönlerini oluşturmaktadır.

**TEKLİFLER**

1. İlçe nüfusuna bakılmaksızın tüm ilçelerde İlçe Sağlık Müdürlüğü şeklinde yapılandırılması, TSM Başkanlığı/ İlçe Sağlık Müdürlüğü/ Entegre Hastane Başhekimliği gibi karmaşık idari yapının sadeleştirilmesi,

2. TSM mevzuatının gözden geçirilmesi, İlçe Sağlık Müdürlüğü altında daha güçlü bir mevzuat altyapısının oluşturulması

3. İlçe Sağlık Müdürlüklerinin özellikle Sağlıklı Hayat Merkezleri kapsamında personel açısından desteklenmesi,

4. TSM – Aile Hekimliği ilişkisinin netleştirilmesi, ast üst ilişkisi yerine koordine hizmet verebilecekleri bir yapı oluşturulması,

5. İlçe Sağlık Müdürlüklerinin bina ve malzeme altyapısının güçlendirilmesi,

6. Sağlıklı Hayat Merkezleri sayısının yaygınlaştırılması hem aile hekimliğinin hem de ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarının yükünü azaltacak, bireylerde koruyucu sağlık bilincini artıracaktır.

# Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri

**GÜÇLÜ YÖNLERİ:**

1- Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından, ana sınıfı ve 1. sınıf öğrencilerine yönelik Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı çalışmaları kapsamında; diş fırçalama eğitimi, çocuklarda ağız ve diş sağlığı muayenesi ve flor vernik uygulamaları yapılmaktadır.

2- Sağlık Bakanlığında halen 131 ADSM( Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi), 32 ADSH / ADSEH (Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi / Eğitim Araştırma Hastanesi) ve 820 Devlet Hastanesinde, toplamda 983 birimde 9950 ünit ve 11.588 diş hekimi ile ağız ve diş sağlığı hizmetleri yürütülmektedir. Ayrıca üniversitelerde 4764 diş hekimi hizmet vermektedir.

3- Kamuda hizmet veren sağlık tesislerinin standartı her geçen gün artmaktadır. Alt yapı, tesis, hasta hakları, sterilizasyon gibi konularda standartlar yükseltilmiştir.

4- Her vatandaş, devletin ağız-diş sağlığı hizmetine ulaşabilmektedir.

5- Evde Sağlık Hizmetlerinin bir parçası olarak ağız ve diş sağlığı hizmetleri de verilmektedir.

6- Okullarda ağız ve diş sağlığı kontrolleri düzenli olarak yapılmaktadır.

7- Merkezi Hasta Randevu Sistemi (MHRS) kalite ve hizmete ulaşılabilirlik sağlamaktadır.

8- Özel ağız diş sağlığı merkezleri ağız ve diş sağlığı ve diş sağlığı muayenehaneleri Sağlık Bakanlığı'nın denetiminde yüksek standartlarda ve ucuz hizmet vermektedir. Bu özel merkezlerinde ucuz ve kaliteli hizmet vermesi, dolayısı ile yurt dışından da hasta transferi için cazibeli bir ortam oluşturmaktadır.

**GÜÇLENDİRİLMESİ GEREKEN YÖNLERİ**

1- Koruyucu ağız ve diş sağlığı uygulamalarının, ne kadar etkili olduğuna dair, çocuklar üzerinde yıllara yaygın olarak yapılan bir takip sistemi yoktur.

2- Okullarda verilen ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin etkinliği zayıftır, veliler çocuklarının ağız ve diş sağlığı bilgilerine ulaşamamaktadır, sınıflarda topluca yapılan diş muayenelerine ilişkin güvenilirlik sorunları mevcuttur.

3- Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerinde ve hastanelerde sarf ve protez malzemesinin kalitesine yönelik ciddi eksiklikler yaşanmaktadır.

4- Özellikle son dönemde döviz kurlarındaki yükseklik ADSM/ADSH'larda malzeme teminine yönelik ciddi bir tehdit oluşturmaktadır. Artan maliyetler SUT fiyatları ile uyumsuz hale gelmiştir.

5- Uzman diş hekimlerinin dağılımında ciddi sıkıntılar gözlenmektedir.

6- ADSM/ADSH'larda sterilizasyon, protez hizmetleri gibi birçok hizmet maliyet etkinlik açısından hizmet alım yöntemiyle temin edilmektedir. Ancak son dönemde yaşanan döviz kur dalgalanmaları bu hizmet maliyetlerini arttırmıştır.

7- SGK'nın özel ağız ve diş sağlığı kuruluşlarından, hizmet alımı gerçekleştirmemesi olumsuz bir durum oluşturmaktadır.

8- Hala diş hekimi olmayan kişiler ağız içinde çalışmakta ve protez yapmaktadır.

9- Antiflor kampanyaları özellikle internette yoğun bulunmaktadır.

**TEKLİFLER:**

1. Eğitim verilen ve flor uygulaması yapılan çocuklar, ilk uygulamadan itibaren dijital ortamda kayıt altına alınmalı ve devam eden yıllarda kayıtlar düzenli olarak takip edilmelidir.

2. Tam kapsamlı bir Ağız ve Diş Sağlığı Kuruluşlar Yönetmeliği hazırlanmalıdır.

3. Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu piyasada satışına müsaade edilen malzemeleri denetlemeli ve düşük kalite malzemelerin ithalat ve imalatına müsaade etmemelidir.

4. Sarf ve demirbaş malzeme alımında, ekonomik açıdan en avantajlı teklif belirlenmesinde en düşük fiyat esası yerine, kalite unsurlarının da değerlendirmeye alınması gereklidir.

5. Ağız ve diş sağlığı merkezlerinde, protez hizmet alımlarında hizmetin kalitesine yönelik ciddi eksiklikler yaşanmaktadır. Bu eksiklikler kullanılan malzemenin standartlar altında değerler içermesinden kaynaklandığı gibi, işçilik kalitesinin düşük olmasından da kaynaklanmaktadır. İşçilik kalitesi diş hekimi tarafından protezin teslim aşamasında değerlendirilerek, gerekirse işin yenilenmesi yapılabilmektedir. Kullanılan malzemeler ise teknik şartnamede belirtilecek oranlar ile belli standart seviyesi üstünde tutulabilir. Bu hususların üniversiteler ile yapılacak resmi yazışmalar ile bilimsel standart haline getirilmesi, tüm ağız ve diş sağlığı merkezleri tarafından yapılacak ihalelerde teknik şartnamede yer alması, alınacak örneklerin düzenli olarak her ay numune testine tabi tutulması ve test sonuçlarının kayıt altına alınarak kalite standartları açısından ADSM denetlemelerinde zorunlu kayıt olarak değerlendirilmesi uygun olacaktır.

6. Uzman diş hekimleri, öncelikli olarak şehir merkezlerinde, sayıları arttıkça da ilçelerde istihdam edilmelidir ve istekleri doğrultusunda sadece kendi branşlarında çalışabilmelidirler. Ayrıca uzman diş hekimi ve diş hekiminin görev tanımları belirlenerek mevcut karmaşa giderilmelidir. Uzman diş hekimleri, kendi uzmanlık alanları dışındaki yaptıkları işlemlerden de uzman katsayısından faydalanmaktadır. Bu nedenle uzman diş hekimlerinin katsayı farkı sadece uzmanlığı gerektiren işlemler için uygulanmalıdır.

7. Sağlık Bakanlığı, diş protez teknisyenleri için aynı ADSM ve ADSH'ler gibi özerk bir yapı (Diş Protez Merkezleri) kurarak, hem ADSM ve ADSH'lerde yapılan protezlerin kalite kontrolünü bu merkezler

aracılığı ile yapmalı, hem de ADSM ve ADSH'lerde yapılacak iş ve işlemler için ADSM ve ADSH'lerin bu merkezlerden hizmet alımını sağlamalıdır.

8. Diplomasız ağız içinde çalışan kişilerle ilgili olarak daha sıkı denetim yapılması ve bu kişilerin caydırıcı cezalar alması gerekmektedir. Ayrıca toplum bu konuda bilinçlendirilmelidir.

9. "Florun dişlere yüzeysel uygulanmasının faydalı olduğu" kamu spotu yapılmalıdır.

10. Okul çağı çocuklarına yönelik Mobil Ağız Diş Sağlığı Hizmetleri geliştirilmeli, sınıflarda toplu diş muayenesi yerine özel donanımlı araçlarda diş ünitlerinde muayene yapılmalı, bulgular sisteme girilmeli, sistemde yer alan bilgiler Veli Bilgilendirme Sistemi aracılığıyla aileler ile de paylaşılmalıdır.

11. Diş hekimleirnin sahadaki koruyucu diş hekimliği hizmetleri arttırılmalıdır.

12. Pandemi döneminde yaşanan döviz dalgalanmalarına bağlı olarak, ADSM/ADSH'larda malzeme temini sıkıntıları yaşanabilir, bu durum merkezi alım imkanları ile aşılabilir.

13. Koruyucu diş hekimliği hizmetleri, SUT'de makul bir şekilde ücretlendirilmelidir. SGK'nın koruyucu hizmetlere ayıracağı payın artması, ileri düzeyde ağız ve diş sağlığı sorunlarına ayıracağı payın düşmesini sağlayacaktır. Nitekim, ağız ve diş sağlığı bozulmuş toplumun giderlerini finanse etmenin maliyeti, ağız ve diş sağlığını koruyucu hizmetlerin giderlerini finanse etmekten daha yüksektir.

14. SGK'nın özel ağız ve diş sağlığı kuruluşlarından, hizmet alımı gerçekleştirmemesi olumsuz bir durum oluşturmaktadır.

15. Ağız ve diş tedavileri mevcut kalite ve fiyat yönünden denetlenmelidir.

# Aile Hekimliği

**GÜÇLÜ YÖNLERİ:**

1. Aile Hekimliği ülkemizin tamamında uygulamaya konularak birinci basamak ve koruyucu sağlık hizmetinin toplumun her kesimine dengeli şekilde ulaştırılması sağlanmıştır. Böylece Temel Sağlık Hizmeti gereksinimlerine en hızlı şekilde ulaşılabilmektedir.

2. Aile Hekimliği sistemi, sürekli ve bütüncüldür. Tüm aile bireylerinin takip ve tedavisi aile hekimi tarafından yapılmaktadır.

3. Aile hekiminin yakın takibi neticesinde, aşılama oranları yükselmiştir. Anne-bebek ölüm oranları azalmıştır. Bu sayede gelişmiş ülkelerin ortalamaları yakalanmıştır.

4. Özellikle yaşlı ve kronik hastaların, takip edilmesi ve raporlu ilaçlarının reçetelendirilmesinde kolay ulaşım imkânı sağlamaktadır. Ayaktan küçük müdahaleler yapılmaktadır.

5. Aile Hekimliği Uzmanı olan merkezlerde bazı kronik hastalıklara ait ilaç raporları tanzim edilebilmektedir.

6. Hastalık Yönetim Platformu (HYP) sistemi ile yapılan taramalar neticesinde kronik hastalıklar ve kanser vakaları erken teşhis edilmektedir. Buna bağlı olarak sevk ve izlem faaliyetleri yapılmaktadır.

7. Askere alınma, ehliyet almak, akıl-ruh sağlığı ve sporcu sağlığı gibi rapor düzenlenmesi gereken durumlarda birinci basamak şartlarında hizmet verilmektedir.

8. Yenidoğan takibi, ergen izlemi, çocuk izlemi, 15-49 yaş kadın izlemi, gebe izlemi ikinci veya üçüncü basamak sağlık kuruluşuna gerek duymadan yapılmaktadır.

9. Otizm taraması, işitme taraması, görme taraması, kanser taraması, fetil ketinörü, doğuştan kalça çıkığı taraması yapılmaktadır.

10. Aile hekimliği bireylerin ikamet adresine kısa mesafede oluşu ile bir anlamda sağlık hizmet sunumunun hastanın yakınına taşınması sağlanmıştır.

11. Ülke genelinde sağlık verilerinin elde edilmesinde Aile hekimliklerinde istatistiki çalışmalar yapılmaktadır.

**GÜÇLENDİRİLMESİ GEREKEN YÖNLERİ:**

1. Aile hekimliği sisteminde birim başına düşen hasta sayısı fazladır. Bu nedenle hizmet aksaması yaşanabilmektedir.

2. Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM) çalışan aile hekimi ve daha da önemlisi hizmet kalitesini yükseltecek aile hekimi uzmanı sayısı yetersizdir.

3. Sevk zinciri uygulanmadığı için ikinci ve üçüncü basamak kuruluşlarda aşırı ve gereksiz yığılma olmaktadır. Sevk zinciri işletilmek istendiğinde de yetersiz sayıdaki Aile Sağlığı Merkezleri kilitlenmektedir.

4. Hizmet sunucuları arasında koordinasyon bozukluğu, kopukluk mevcuttur.

5. Aile Hekimliği Sisteminin aile hekimlerine sorumluluk yüklendiği halde hamile anne ve ailelerine sorumluluk yüklememiş olması gebe ve lohusa bebek izlemi gibi durumlarda aksaklıklara neden olmaktadır.

6. Aile hekimliği sisteminde birim başına düşen hasta sayısı fazladır. Bu nedenle hizmet aksaması yaşanabilmektedir. Aile hekimliği sisteminde kira, tıbbi ekipman ve sarf malzemeler gibi cari giderler aile hekimi üzerinden planlandığı için bu giderler aile hekimi tarafından karşılanmaktadır. Bu durum hekimlerin tıbbi yaklaşımdan ziyade ticari düşünmelerine sebep olmaktadır.

7. Aile hekimlikleri apartman dairelerinde, apartman altı dükkan gibi uygun olmayan yerlerde hizmet vermektedirler.

8. Evde sağlık hizmetlerinin aile hekimleri tarafından büyük oranda yürütülmemesi sebebi ile evde sağlık hastalarının takip ve tedavilerinden aile hekiminin haberi olmamaktadır.

9. Ödeme Yönetmeliği hükümleri kapsamında kayıtlı nüfusa göre ödeme yapılmaktadır. Bu durum, hekimlerin hasta odaklı çalışmalarından ziyade nüfus odaklı çalışmalarına neden olmaktadır.

10. Yenidoğan ve çocuk sağlığına yönelik tarama programlarını geliştirmek hedeflenmiştir. Büyük başarıya ulaşan bu hedefte Aile Hekimlerine gitme zorunluluğu getirilmeyen gebelerimiz özel ve devlet hastanelerinde Kadın ve Doğum polikliniklerinde izleme gitmekte ve gebelerimizin izlemleri konusunda aile hekimleri bilgi sahibi olamamaktadır. Bu durum yenidoğan taramalarında tam başarıya ulaşmamızı engellemektedir.

11. Bireyler tarafından aile hekimliği, tek işlevi ilaç yazma ve aşı yapılan yer olarak algılanmaktadır.

**TEKLİFLER:**

1. Aile hekimliği sisteminde birim başına düşen hasta sayısı, fazla olması nedeniyle hizmet aksaması yaşanabilmektedir. Bu nedenle aile hekimliği birim sayısı artırılmalı, beraberinde birim başına düşen nüfus sayısı azaltılmalıdır. Aile hekimi başına kayıtlı nüfus sayısının 3000 ve altına düşürülmesi sağlanmalıdır.

2. Uzman bakışının sergilenmesi açısından uzman aile hekimlerinin sayılarının artırılması yönünde çalışmalar yapılmalıdır.

3. Hekime yapılan ödemede kayıtlı nüfusun yanında, evde sağlık hastalarının evde muayene edilmesi ve aile sağlığı merkezinde verilen hizmetlerin performans üzerinden değerlendirilmesi gibi çoklu parametreleri içeren mevzuat düzenlemesi yapılmalıdır.

5. Pozitif performans uygulaması daha fazla uygulanmalı, sistemde negatif performans olarak belirlenen durumlarda hastalarada sorumluluk yüklenmelidir.

6. Muayene raporları, reçete takipleri vs analizler neticesinde aile hekimlerinin bireysel, bölgesel yada ulusal eğitim ihtiyaçları belirlenmeli, ona göre eğitim programları oluşturulmalıdır.

7. Aile hekimliği merkezlerinin Sağlık Kalite Standartlarına uygun olarak termometre vasıtası ile ortam sıcaklığının 22° ila 25° arasında tutulması denetlenmelidir.

8. Aile hekimliği birimleri sağlık standartlarına uyacak uygun ortamlarda ve müstakil binalarda hizmet vermelidir.

# Aşı Tereddütü

**GÜÇLÜ YÖNLERİ:**

1. Ülkemizde, aile hekimliği uygulaması ile birlikte yaygın ve gelişmiş birinci basamak sağlık hizmetleri ve ücretsiz aşı uygulaması sayesinde, sağlık kuruluşlarına ve aşıya ulaşım kolaylaşmıştır.

2. Çocukluk çağı aşıları yanısıra belli yaş gruplarına belli aşılar ve tüm yaş gruplarında Pandemi aşıları ücretsiz olarak uygulanmaktadır.

3. Aşı lojistiğine ilişkin Sağlık Bakanlığının güçlü bir bilgi birikimi, tecrübeli bir ekibi vardır.

4. Her bir çocuğun, aşı takvimine uygun aşılama durumu, elektronik kayıt sisteminden kolayca takip edilmekte, zamanında uygulanmayan aşılar için sağlık çalışanlarına yaptırım uygulanmaktadır.

5. Aşılara ilişkin tüm bilgilere kapsamlı bir içeriğe sahip olan asi.saglik.gov. tr üzerinden ulaşılabilir. Aynı web sitesinden aşı içeriklerine ilişkin de bilgilere ulaşılabilmektedir.

6. Aşı üretimine yönelik sayıları her geçen gün artan teknolojik birikimimiz vardır. Yeni teknoloji aşı üretim ve dolum tesislerimiz faaliyettedir.

7. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğünün antitoksin üretimine yönelik mevcut bilgi birikimi yerli aşı üretiminde faydalı olacaktır.

8. Pandemi yerli aşı üretimi için bir fırsat olmuş ve ilk yerli aşımız Turkovac üretilmiştir. Çocukluk çağı aşılarının üretimine yönelik güçlü bir kararlılık vardır.

**GÜÇLENDİRİLMESİ GEREKEN YÖNLERİ:**

1. Aşı tereddütüne ilişkin ülkemizde yeterince araştırma yoktur. Yapılan araştırmalar ise farklı şekillerde uygulanmakta olup, standart uluslararası karşılaştırma yapılabilecek araştırma sayısı oldukça azdır.

2. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de aşıya karşı artan bir güven sorunu yaşanmaktadır.

3. Aşı tereddütü yaşayan ailelere yönelik yapılmış müdahale çalışmaları, ailelerin sosyal medya başta olmak üzere çok farklı etkenden etkilendiğini, dolayısı ile etkili müdahale yöntemi belirlemenin zor ve kompleks olduğunu göstermektedir.

4. Okullarda aşı uygulamaları toplu olarak gerçekleştirilmektedir. Her ne kadar son dönemde bu uygulamanın kaldırılmasına yönelik çalışmalar olsa da bu uygulama aileler tarafından hijyenik olmadığı, aşı kalitesinin düşük olduğu, aşı içeriğinin zararlı olduğu yönünde eleştirilmektedir.

5. Turkovac dışında ülkemizde yerli ve milli üretilmiş aşımız yoktur.

6. Birinci basamak sağlık çalışanlarında görülen aşı uygulama kararlılığı ikinci ve üçüncü basamak sağlık çalışanlarında yeterince yoktur.

**TEKLİFLER:**

1. Daha önce denenmiş uluslararası standartlarda anket uygulamaları, alanında uzman kişilerden oluşacak bir ekip çalışması ile ulusal ihtiyaçlara göre yeniden düzenlenip standartlaştırılmalı, geliştirilen bu standart soru formları ile ulusal, bölgesel ve yerel düzeyde aşı tereddütü düzeyi ve nedenleri üzerine çalışmalar yapılmalıdır. Bu sayede sorunun boyutu ve nedenleri net olarak ortaya konur ve çalışmaları birbiri ile kıyaslama imkânı oluşur.

2. Ailelerin aşı uygulamalarını reddetme nedenleri arasında ilk sıralarda aşıya güvenmeme ve aşıların yararına ve gerekliliğine inanmama yer almaktadır. Bunlara yönelik niteliksel araştırmalar yapılmalıdır.

3. Aşı tereddütü yaşayan ailelere yönelik yapılmış müdahale çalışmaları kapsamında yapılacak eğitimlerde kültürel mesajların verilmesi etkili olabilir. Bu alanda yapılacak müdahaleler, hedef kitlenin kültürel, tarihi, dini değerleri ile de uyumlu olmalıdır. Verilecek mesaj içeriklerinde halka inebilen dil ve yöntem kullanılmalıdır. Bu içeriğe uygun şekilde hazırlanmış web siteleri, web tabanlı hatırlatma mesajları, sosyal medya uygulamalarının kullanımı, e-mail iletişimi, e-nabız ve e-devlet üzerinden aşı uygulamalarını teşvik mesajları ile akıllı telefon aplikasyon uygulamaları etkili olacaktır. Bu kapsamda mutlaka iletişim uzmanları ile birlikte detaylı, uzun vadeli, çok yönlü, iyi planlanmış, hedef kitleye ulaşmaya yönelik iletişim araçlarının kullanıldığı proaktif iletişim stratejileri belirlenmelidir.

4. Çok yönlü iletişim stratejisi temelinde ailelerin uzmanlardan görüş alabilecekleri blog, forum vb. çalışmaları yapılabilir. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından faaliyete geçirilen web sitesi (https://asi.saglik.gov.tr) bu yönde yeniden yapılandırılmalıdır.

5. Herkesin kayıtlı bir aile hekimi olmasından dolayı aşıların fırsatları değerlendirmek adına okullarda toplu bir şekilde uygulanması konusu tekrar değerlendirilmelidir. Tüm okul çağı aşıları aile hekimliği performans sistemine dâhil edilebilir ve aile hekimi/aile sağlığı çalışanı gözetiminde uygulanabilir. Bu durum hem aşının kabullenirliğini arttıracak, hemde ailelerin okullarda hijyenik olmayan koşullarda muhtemelen ucuz olduğu düşünülen aşı uygulandığı fikrini değiştirecektir.

6. Aşıların içeriklerine ilişkin ebeveynlerin uygun iletişim kanalları ile detaylı bilgilendirilmesi faydalı olacaktır. Aşılarda yer alan katkı maddelerinin ilave edilme sebepleri, dünyada kullanılan aşı içerikleri ile ülkemizde kullanılan aşı içerikleri, devletin bu konuda gösterdiği hassasiyet anlatılmalıdır.

7. Ailelerin bilgi eksiklikleri giderilmelidir. Bu kapsamda klasik halk eğitim yöntemlerinin yanı sıra ev ziyaretleri planlanabilir. Aile hekimi ve aile sağlığı çalışanlarının ev ziyaretlerini artırarak ailelere aşılara ilişkin bilgilendirme yapması faydalı olacaktır. Halen uygulamada kullanılan aile hekimliği mevzuatında aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarının ev ziyareti yapması istense de etkinliği artırmak için bu ziyaretler performans sistemine pozitif performans olarak eklenebilir.

8. Ailelerin aşılara ilişkin bilgilendirilmesi konusunda sadece aile hekimleri değil, kadın doğum uzmanları gibi hamile takibi ve doğum sürecinde görevli uzmanların da gayret göstermesi sağlanmalı, gerekirse buna yönelik performans göstergesi belirlenmelidir.

9. Dini hassasiyetler nedeniyle aşı içeriklerine ilişkin endişe duyan ailelere domuz jelatininin zararlı olmadığını ya da başka Müslüman ülkelerde de aynı ürünün kullanıldığını anlatmak faydalı olmayacaktır. Mümkünse domuz jelatini içermeyen aşıların tercih edilmelidir.

10. Helal sertifikalı aşı uygulamalıdır.

11. Gerek ailelerin endişeleri, gerekse aşıların stratejik özellikleri nedeniyle yerli aşı üretimi çalışmaları hızlandırılmalıdır.

12. Aşı tereddütü alanında görev yapacak sağlık personelinin aşılara ilişkin iyi bir eğitim alması, bilimsel temele dayalı bilgilerle ailelerin karşısına çıkması, iletişim tekniklerini iyi kullanması önemlidir. Bu alanda yetkili kurumlar kapasite gelişimine önem vermelidir. Personel arasında deneyim paylaşımı imkânı olmalı, bir bölgede etkili olan yöntemin diğer bölgeler için de kullanılabilir olup olmadığı sorgulanabilmelidir. Aşıdan sorumlu merkez ve taşra teşkilatı yöneticileri, aşı uygulayıcısı sağlık profesyonellerinin aşı karşıtlığına ilişkin bilgisine başvurarak tecrübelerini ve düşüncelerini paylaşmasını isteyebilir. Sağlık çalışanlarının güvenini ve aşı tereddüdü yaşayan hastaları ile olan iletişim becerilerini artırmaya yönelik bireysel düzeyde müdahaleleler yapılabilir

13. Topluma yönelik aşılara ilişkin verilecek mesajların sadece sağlık profesyonelleri tarafından değil, siyasetçiler, sporcular, kanaat önderleri ve sanatçılar tarafından da verilmesi önemlidir. Özellikle aşıyı destekleyen dini kanaat önderlerinin aşı kampanyalarında yer almasının sağlanması faydalı olacaktır.

14. Aşı karşıtı toplum önderlerinin Sağlık Bakanlığı'na davet edilerek bilgilendirilmesi gerekmektedir.

# Çevre Sağlığı

**GÜÇLÜ YÖNLERİ**

1. Sağlık Bakanlığı teşkilatı yerelde her ilçede bir Toplum Sağlığı Merkezi / İlçe Sağlık Müdürlüğü olacak şekilde yapılandırılmıştır. Bu durum, yerinden çevreye yönelik sağlık hizmeti sunumunu güçlü kılmaktadır.

2. Çevre sağlığı hizmetleri gıda güvenliği, su güvenliği, atık yönetimi, vektör kontrolü ve kapalı alan hava kalitesi yönetimi gibi birçok konuyu içermekte olup görevleri bulunan diğer kamu, kurum ve kuruluşları ile işbirliği içerisinde çok paydaşlı ve bütüncül bir yaklaşım ile hizmet sunulmaktadır.

3. Çevre sağlığı hizmetlerinin yürütülmesinde, alanında gerekli eğitimleri almış deneyimli personel bulunmaktadır.

4. Topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumunda siyasi irade ve kurumsal birikim mevcuttur.

5. İnsani tüketim amaçlı suların (kaynak, içme ve içme-kullanma suyu) kalite standartlarının belirlenmesi, izlenmesi ve kontrolü amacı ile AB standartlarında mevzuat düzenlenmiştir. Özellikle son yıllarda içme-kullanma suyu kalitesinin denetimi ve kontrolü amacıyla güçlü bir izleme ve değerlendirme mekanizması oluşturulmuştur. Bu doğrultuda insani tüketim amaçlı sulardan belirlenen aralıklarda denetim ve kontrol izlemesi amacıyla su numuneleri alınarak suyun fiziksel, kimyasal ve mikrobiyolojik kalitesi aksatılmadan takip edilmektedir.

6. Kaynak ve içme suyunda (ambalajlı sular) geçmiş dönemlerde özellikle mikrobiyolojik uygunsuzlukların yaşanmaması için mevzuat düzenlemeleri yapılarak etkin denetim mekanizmaları oluşturulmuş ve uygunsuzlukların en az düzeye indirilmesi sağlanmıştır.

7. Bakanlıkça izin verilen kaplıca tesisleri web sitesi aracılığı ile içerik ve şifalı özellikleri yönünden halka açılmıştır.

8. Yüzme suyu kalitesinin izlenmesine yönelik AB standartları doğrultusunda mevzuat düzenlenerek düzenli aralıklarda denetim ve kontrol izlemesi amacıyla su numuneleri alınarak suyun fiziksel, kimyasal ve mikrobiyolojik kalitesi aksatılmadan takip edilmektedir.

9. Bu kapsamda yürütülen çalışmalar neticesinde mavi bayraklı plajlar sıralamasında ülkemizin Dünya'da üçüncü sırada yer alması sağlanmıştır.

10. Fabrika bacalarından salınan karbon salınımı, Çevre Bakanlığı tarafından ciddi şekilde control edilmektedir. Ölçümler yapılmaktadır. Standart değerler üzerinden karbon salınımı olan fabrika bacası hemen hemen kalmamıştır.

11. Eğlence merkezlerine ses için standart getirilmiş olup, işitme sağlığı denetim altında tutulmaktadır.

12. Eğlence mekanları ve dışarı düğünlerine gece belirli bir saate kadar izin verilerek çevre gürültüsünü önlemek amacı ile standart getirilmiştir.

13. Araçların özellikle korna çalması ciddi şekilde azlmıştır.

## GÜÇLENDİRİLMESİ GEREKEN YÖNLERİ

1. Çevre sağlığı hizmetlerine yönelik yürütülen faaliyetlerin büyük bir kısmı diğer kamu kurum ve kuruluşlarını da ilgilendirmektedir. Bu kapsamda, kırsal kesime yönelik yürütülen çevre sağlığı hizmetlerinde özellikle içme-kullanma suyu temin edilmesi, denetimi ve kontrolü ile suyun dezenfeksiyon işlemi ve bakiye klor ölçümlerinde sürekliliğinin sağlanması için gerekli hukuki ve mali altyapı güçlü değildir.

2. Çevre sağlığı hizmetlerinde görev yapan personel dağılımı, il ve ilçe nüfusları dikkate alınarak yapılmamakta ve görevi dışında başka hizmet veya işlerde çalıştırılmaktadır.

3. Toplumun çevre sağlığı hizmetlerine yönelik sağlık okur-yazarlık oranları düşüktür.

4. İçme-kullanma suyu temini ve kalitesinin iyileştirilmesi yerel yönetimlerin sorumluluğunda bulunmaktadır. Ancak, Sağlık Bakanlığınca yürütülen içme-kullanma suyu izleme, denetim ve kontrolleri gibi çalışmalarda karşılaşılan sorunların çözümüne yönelik hususlarda yerel yönetimler ile sıkıntılar yaşanmaktadır. Özellikle köy ve mezra gibi yerleşim yerlerinde temin edilen içme-kullanma suyu kalitesinin iyileştirilmesine yönelik yapılan hizmetlerin sorumluluğu noktasında yetkili otorite boşluğu mevcuttur.

5. İçme-kullanma suyu analiz ücretlerinin tahakkuk ettirilmesi ve tahsil edilmesi konularında sahada ciddi sıkıntılar yaşanmaktadır.

6. Termal turizm hak ettiği seviyeye ulaşmamıştır. Termal tesisler için günlük kullanım ve tedavi ayrımı tam olarak yapılamamıştır.

7. Mavi Bayraklı plaj sayımız istenilen seviyeye ulaşmamıştır.

8. Kaynak, içme ve doğal mineralli suların (ambalajlı sular) denetim ve kontrollerinin daha etkin yapılmasını sağlayacak "denetim mekanizması"na ihtiyaç vardır.

9. Türkiye'de düzenli olarak araç muayeneleri yapılmakta. Egzoz-emisyon muayeneleri uygun olmayan araçlar trafiğe çıkamamaktadır.

10. Hali hazırda kimyasal madde ile işlem yapan fabrikalar atıklarını tam arıtım işlemi yapılamamaktadır. Arıtma tesisleri yeterli değildir. Bu atık suları dere, nehir, göl ve denizlere boşalmaktadır.

**TEKLİFLER:**

1. Toplum, çevre sağlığı ve hizmetleri konusunda bilinçlendirilmelidir. Bu hususta, belediyeler ve sivil toplum kuruluşlarıyla işbirliği yapılmalı gerekli olması halinde kurumsal sosyal medya oluşturulmalıdır.

2. Sağlıklı ve güvenli içme-kullanma suyu temin edilebilmesi için suyun izlenmesi, denetimi ve kontrolünde uygulanan yaptırımların etkin ve caydırıcı olması sağlanmalıdır.

3. Okullarda öğrencilere, aile yaşam merkezlerinde ise halkımıza kişisel hijyen ve korunma tedbirlerine yönelik eğitimler düzenlenmelidir.

4. İçme-kullanma suyu denetim ve kontrolleri sırasında alınan su numunelerine tahakkuk ettirilen analiz ücretlerinin tahsili sırasında İl Sağlık Müdürlükleri ile yerel yönetimler arasında sorunlar yaşanmaktadır. İçme-kullanma suyu analiz ücretlerinin tahsil edilmesine yönelik merkezi bütçeden ödenek ayrılmasını sağlayacak hukuki düzenleme yapılmalıdır.

5. Aluminyum gibi ağır metallere maruziyet, araç trafiğinde artış veya sanayileşmeye bağlı olarak ciddi bir risk haline dönmüştür. Ağır metallerin gıda, hava ya da su kaynaklı alımını azaltıcı faaliyetlerin çok paydaşlı çalışılması ve uygulamaya geçirilmesi gerekmektedir. Gıda üretimi yada su arıtımında ağır metallerin kullanımının azaltılması alternatif yöntemlerin tercih edilmesi, halkın ürün etiketlerinde ağır metal miktarlarını takip edebileceği şekilde etiketlerin düzenlenmesi, hava kalitesi ölçümlerinin ülke genelinde PM2.5 düzeyinde yapılmasının sağlanması ağır metal maruziyetini kısmen azaltacaktır.

6. İl Özel İdareleri içme-kullanma suyu denetim ve kontrollerinde, suyun kalitesinin iyileştirilmesinde ve izlenmesinde etkin bir faaliyet gösterememektedir. Büyükşehirlerde olduğu gibi büyükşehir olmayan illerde de içme-kullanma suyu temin edilmesi, dezenfeksiyonu ve kalitesinin izlenmesi ile kanalizasyon ve atık suların bertaraf edilmesini sağlayacak hizmetlerin yürütülmesi için Su ve Kanalizasyon İdareleri kurulmalıdır.

7. Özellikle ulaşımı güç olan köylerde bakiye klor takibi Uzaktan Takip Cihazları ile yapılabilmesini sağlayacak yöntem ve sistemler yaygınlaştırılmalıdır. Söz konusu yöntem halen bazı illerimizde pilot olarak kullanılmakta olup yöntemin hem personel hem de zaman açısından tasarruf sağladığı tespit edilmiştir.

8. Köy ve küçük ilçelerde su kalitesine ilişkin hizmetler için hizmet alımı yöntemi kullanılabilir.

9. İlçelerde, tarım ürünlerinin pazarlanması hariç olmak üzere, yol, su, kanalizasyon ve benzeri altyapı tesisleri ile köylere ait diğer hizmetlerin yürütülmesine yardımcı olmak, bizzat yapmak, yaptırmak ve kırsal kalkınmayı sağlamak üzere, tüm köylerin iştiraki ile o ilçenin adını taşıyan, köylere hizmet götürme birliği kurulabilir. Özellikle kırsal bölgelerde içme-kullanma suyu dezenfeksiyonu ve izlemi, depo temizlik, bakım ve onarımlarının köye hizmet götürme birlikleri tarafından yapılması sağlanabilir.

10. Apartman ve site gibi barınma yerlerinde bulunan su depoları içme-kullanma suyu kalitesini olumsuz yönde etkileyebilen yapılar olup suyun kirlenmesine önemli ölçüde etkilidir. Bu nedenle apartman ve site gibi barınma yerlerinde bulunan su depolarının belirli aralıklarda temizlenmesini,

bakım ve onarımlarının ve takibinin yerel idarelerce yapılmasını sağlayacak düzenlemelere mevzuatta yer verilmelidir. Konuya ilişkin Çevre İklim Değişikliği ve Şehircilik Bakanlığı'nda bir birim oluşturulabilir.

11. Arıtma tesislerinin sarf maliyeti yüksek olduğu için küçük yerleşim birimlerinde sürdürülebilirlik zorlaşmakta, kimi yerlerde atıl durumda kalmaktadır. Bundan dolayı arıtma tesislerinden önce alternatif su kaynağı araştırılmalı, köy çeşmeleri değerlendirilmelidir.

12. Yönetmelik ile belirlenen parametre değerlerinde tolerans ve sapma oranları belirlenmelidir. Binde birlik bir değer aşımı ile ortaya çıkan numune tekrarı, iş gücü vb. maliyetleri düşürülebilir.

13. İçme-kullanma suyunda herhangi bir uygunsuzluk tespit edilmesi halinde uygunsuzluk durumu ile alınacak tedbirler hakkında yerel idarelerce derhal halkımıza sms ve benzeri yollar ile bilgi verilmesini sağlayacak düzenleme yapılmalıdır.

14. Yerel yönetimler su yapılarının inşaası veya bakım onarımında ödenek sıkıntısı yaşamaktadır. KÖYDES gibi kaynaklar kullanılabilir, ayrıca ulusal ve uluslararası mali kaynaklara ilişkin merkezi yönetim tarafından yerel yönetimlere danışmanlık verilebilir.

15. Şebeke sularının analiz sonuçları düzenli olarak halk ile paylaşılmalıdır.

16. Özellikle tarımsal aktivitelerde vahşi sulamanın önüne geçilmelidir.

17. Şebekelerde yaşanan sızıntılar iyi takip edilmeli ve buna yönelik çalışma yapılmalıdır.

18. Tarımsal aktivitelere bağlı olarak su kaynaklarında uzun vadeli kirlilikler ortaya çıkabilmektedir. Söz konusu tarımsal kaynaklı kirliliklerin önlenmesi amacıyla bölgede çiftçilik ile uğraşan vatandaşlarımızın uygun gübreleme, ilaçlama ve sulama gibi hususlar hakkında bilgilendirilmesi sağlanmalıdır.

19. Kaynak ve içme suyu ile doğal mineralli suyun üretiminden tüketim noktasına sağlıklı ve güvenli bir şekilde ulaştırılmasını temin edecek Damacana Takip Sistemi acilen faaliyete geçirilmelidir. Söz konusu sistem, su dolumunda kullanılan damacanaların kullanım süresi ile su etkileşimi, uygunsuzluk durumları, suyun nakli ve depolanması gibi hususlarda daha etkin bir denetim mekanizması oluşturacaktır.

20. Termal Turizm bir ülke politikası olarak benimsenmeli, çok paydaşlı güçlü bir mekanizma oluşturulmalıdır. Ülke ekonomisine ciddi katkısı olacaktır.

21. Yapılacak iyileştirmelerle Mavi Bayraklı Plaj sayısı arttırılabilir. Turizm ve insan sağlığı açısından faydalı olacaktır. Bu konuda yerel yönetimler ve işletmeler desteklenmelidir.

22. Kimyasal madde ile işlem yapan fabrikaların atıklarına tam arıtım işlemi yapılacak şekilde tesisler kurulmalıdır. Bu şekilde atık suların arıtılarak temiz bir şekilde dere, nehir, göl ve denizlere boşalması sağlanmalıdır.

# Çalışan Sağlığı ve Güvenliği

**GÜÇLÜ YÖNLERİ:**

1. 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu iş sağlığı ve güvenliği (İSG) hizmetlerinin tek başına ele alındığı ilk Kanundur. Önceki İSG hizmetlerine nazaran tüm çalışanlara ve tüm işyerlerine uygulanması zorunlu olmuştur. Dolayısı ile tüm işverenlerin tüm çalışanları için işyeri hekimi, iş güvenliği uzmanı ve 10'dan fazla çalışanı olan çok tehlikeli işyerleri için de diğer sağlık personeli görevlendirmesi zorunlu hale gelmiştir.

2. 6331 sayılı Kanun gereği çok tehlikeli sınıfta yer alan her kişi için ayda 15 dakika, tehlikeli işyerleri için 10 dakika, az tehlikeli işyerleri için ise ayda 5 dakika işyeri hekimi istihdamı zorunludur. 10'un üzeri çalışanı olan çok tehlikeli sınıfta bulunan işyerleri için ise diğer sağlık personeli (hemşire, sağlık memuru, çevre sağlığı teknisyeni, acil tıp teknisyeni olup da diğer sağlık personeli sertifikasına sahip personel) bulunması da zorunlu hale gelmiştir.

3. Bu zorunluluklar çalışanları işyerinden kaynaklanan risklerden korumak için sağlık gözetimi yapılmasını sağlayacak ve oluşma ihtimali olan iş kazalarından ve meslek hastalıklarından çalışanları koruyacaktır. Bu nedenle kanunun özel kamu ayırt etmeksizin tüm çalışanlara tüm işyerlerine uygulanması koruyucu sağlık hizmetleri açısından önemlidir.

4. Çalışanların sağlık gözetimi için yapılması gereken tahlil ve tetkiklerin işyeri ortamında yapılması mesleki maruziyetlerini tespit etmek ve meslek hastalığı tanısı koymak için önem arz etmektedir. Bu nedenle işyeri hekimlerinin çalışanları, çalıştığı ortamda değerlendirmesi, koruyucu sağlık hizmetlerinin tamamı (işyerinde sağlığın geliştirilmesi kapsamında hareketli yaşam, bağımlılıkla mücadele, fiziksel, kimyasal, biyolojik ve psikososyal risk faktörleri için bilgilendirme) açısından önemli olduğu gibi işgücü kaybından kaynaklı ekonomik kayıpları da önleyecektir.

5. İş sağlığı kapsamında yapılan işlerin sağlık hizmeti olması nedeniyle tüm tıbbi tetkik ve tahliller ile bunların uygulama usul ve esaslarının Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenmesi ve denetlenmesi meslek hastalığı tanı ve bildirimini artıracaktır.

**GÜÇLENDİRİLMESİ GEREKEN YÖNLERİ:**

1. İşyeri hekimi, iş güvenliği uzmanı ve diğer sağlık personelinin görevlendirme karşılığı aldıkları maaşlarının direkt işyerinin işvereni tarafından değil Kamu tarafından oluşturulan bir havuzdan ödenmesi görevlerini yerine getirirken yaşama ihtimalleri bulunan olumsuzlukları bertaraf edecektir.

2. 6331 sayılı Kanun 30 Haziran 2012 yılında yayımlanmış olmasına rağmen kademeli olarak devreye girdiği için 50'den az çalışanı bulunan az tehlikeli işyerleri ile kamu kurum ve kuruluşlarında Kanunun 6 ncı maddesinin ertelenmesi Kanunun diğer maddelerinin uygulanmasında sıkıntılar çıkarmaktadır.

Görevlendirme yapamayan özellikle kamu kuruluşları bu Kanunun İSG hizmetleri ile ilgili hükümlerini yerine getirememekte bunun için hizmet alımı da yapamamaktadır.

**TEKLİFLER:**

1. Kanunun tüm maddeleri kamu özel ayırımı yapılmadan tüm işyerleri için uygulanmalıdır. Özellikle çok tehlikeli işyerleri olan hastanelerde kanunun uygulanmamasından kaynaklı sıkıntılar Pandemi döneminde de bariz bir şekilde görülmüştür. Sağlık çalışanlarının sağlığını korumak bu gibi dönemlerde tüm toplumun sağlığını korumak ile özdeştir. Çünkü pandemi ile ön safta mücadele eden sağlık çalışanlarıdır.

3. İşyeri hekimlerinin İSG kapsamında yaptığı iş ve işlemler e-nabız sistemine aktarılmalı ve tüm hekimler görebilmelidir.

4. İşyeri hekimlerinin Sağlık Bakanlığı ile organik bağı oluşturulmalıdır.

5. İşyeri hekimliği ve diğer sağlık personeli eğitimi müfredatı Sağlık Bakanlığı ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığınca ortak olarak revize edilmelidir.

6. İşyeri hekimliği ayrı bir uzmanlık dalı olmalı ve meslek hastalığı tanısı koyabilmelidir.

7. Çalışma ve Sosyal Güvenlik mevzuatında günde 12 saatin üzerinde çalışılmaması öngörülmesine rağmen, sağlık sektöründe çok daha uzun sureli mesai yapılmaktadır. Çalışma Bakanlığı mevzuatı, sağlık çalışanlarını da kapsayacak şekilde uygulanmalı ve çalışma saatleri buna göre düzenlenmelidir.

# Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri

## GÜÇLÜ YÖNLERİ

1. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri kara, hava ve denizde çağımızın teknolojik standartlarında uyum sağlamış ve gelişmeye açık olarak hizmet vermektedir.

2. Hali hazırda hizmet veren ambulansların takip ve yönetimi elektronik ortamda yazılım üzerinden yapılmakta ve böylece verimlilikleri daha etkili analiz edilebilmektedir.

3. Hastaneler arası hasta nakil ve koordinasyonu merkezi bir yazılım üzerinden gerçek zamanlı olarak takip edilebilmektedir.

4. Ambulansların vaka erişim süreleri Avrupa standartlarında olup sürekli olarak izlenmektedir. Buna göre yeni istasyon planlamaları yapılmaktadır.

5. Ambulansların teknik ve medikal donanımları hemen her türlü acil sağlık vakasına müdahale edebilecek yeterliliktedir. Araçlar, mümkün olduğunca düzenli olarak yenilenmekte, yetersiz ve arızalı araçlar sistemden çıkarılmaktadır.

6. Ambulans personelinin meslek içi eğitim programları düzenlenmiş ve sürdürülebilir niteliktedir.

7. İç İşleri Bakanlığının yapmış olduğu düzenleme sonrasında acil durum numaraları "112" altında tek bir numara olarak birleştirilmiş ve böylece sağlık, emniyet, itfaiye gibi kurumların birlikte tek bir merkezden koordineli olarak çalışma şansını artırmıştır.

8. Genel Müdürlük bünyesinde yer alan Afet ve Acil Durum Yönetim Daire Başkanlığınca yönetilen ve gönüllü sağlık çalışanlarının yer aldığı "Ulusal Medikal Kurtarma Ekipleri (UMKE)" ile yurt içi veya yurt dışındaki afetlere hızlı ve etkin şekilde müdahale edebilecek eğitimli personele sahiptir.

## GÜÇLENDİRİLMESİ GEREKEN YÖNLERİ

1. Ülkemizde acil sağlık hizmetlerinin sunumu ve yönetimi, hastane öncesi ve hastane acil servisleri olarak ikiye ayrılmış durumdadır. Bu durum acil vakaların koordinasyonunda aksaklıklara sebebiyet verebilmektedir.

2. Ambulansların yönetiminin yapıldığı mevcut yazılım, personele bağımlı bir yapıyla geliştirilmiş olup bir operatöre ihtiyaç duymaktadır. Bu durum da şahsi hatalara ve gecikmelere sebebiyet verebilmektedir.

3. Artan sağlık hizmetleri taleplerinden dolayı bazı ambulans ekipleri olması gerekenin çok üzerinde vakaya yönlendirilmektedir.

4. Sahada çalışan ambulans personelinin kişisel ihtiyaç, gıda ve güvenlik ile ilgili ciddi eksiklikleri bulunmaktadır.

5. Tıp bilimi sürekli gelişmekte ve kendini yenilemektedir. Bu sebeple zaman zaman güncel olmayan uygulamalar görülebilmektedir.

6. Sağlık hizmetlerinin aşırı talep artışı sonucunda ambulansların gereksiz kullanımı söz konusu olmuş ve bu da personelin motivasyonunu düşürmüş ve iş yorgunluğunu artırmıştır.

7. Hastane tedavisi sonrası taburculuğu planlanan ve eve nakledilmesi gereken hastaların taleplerini kırmızı şeritli olan 112 ambulansları karşılayamamaktadır.

8. Acil sağlık hizmetleri istasyonlarının ülke genelinde bir standartı bulunmamaktadır. Fiziksel özellikleri bakımından çok kötü durumda olan istasyonlar bulunmaktadır.

**TEKLİFLER**

1. Hastane öncesi ve hastane acil sağlık hizmetlerinin koordineli bir şekilde düzenlenmesi, verimlilik analizlerinin mevcut datalar içerisinde kaybolmadan daha etkili bir şekilde yapılabilmesi, hasta nakillerinin doğru bir şekilde yapılabilmesi, ambulans yönetiminin hata ve zaman kaybından uzaklaştırılması, kaynakların etkin kullanımı açısından, mevcut yazılım yerine ambulans aktifliği, vakaya uzaklığı, hastane yetkinliği ve doluluk oranları gibi parametrelerle etkin triyaj yapabilen yapay zeka algoritmalarını içeren daha etkili bir yazılım kullanılmalıdır.

2. Acil tıp uygulamalarının güncelliğinin korunması ve mevcut bilgilerin tazelenmesi açısından verilen kurum içi eğitimler, hayat boyu sürekli eğitim modeli şeklinde uygulanmalıdır.

3. Ambulansların gereksiz kullanımının önlenmesi adına, her talebe ambulans göndermek yerine mobilize ekiplerle vaka triajı uygulaması hayata geçirilmelidir. Böylece gerçek acil vakaların hizmeti alamayacağı durumların önüne geçilebilir.

4. Ambulansların gereksiz kullanımının ve bunun getirdiği sonuçların önlenmesi adına, halkın bilgilendirilmesi için medya, eğitim, afiş ve broşür gibi bilgilendirici çalışmalar yapılmalıdır.

5. Ambulans personelinin güvenliğinin artırılması adına ambulansların ön kabininde bulunan kayıt cihazları ile birlikte personel üzerinde de kullanılabilen cihazların hasta mahremiyetini engellemeyecek şekilde kullanımı sağlanabilir.

6. Ambulansların trafikte ilerlemesine dair dünyada kullanılan birkaç model bulunmaktadır. Bu modellerin nasıl uygulanması gerektiği konusunda halkın daha etkili bilgilendirilmesi gerekir.

7. Acil sağlık hizmetleri istasyonlarının prefabrik binalar gibi kolay ve pratik şekilde inşa edilebilir, kendi garajı ve dinlenme alanları olacak şekilde ülke genelinde standardize edilmiş projeler halinde yapılması sağlanabilir.

8. Eve nakli gereken hastaların koordinasyonu açısından 112 birimleri belediyelerle ve özel ambulanslarla daha koordineli çalışmalı, konu ile ilgili yeni projeler ve mevzuat geliştirmelidir.

9. 112 - Tek numara altında çalışan birimlerin çok sektörlü sağlık sorumluluğu anlayışı gereğince, kriz koordinasyon yeteneklerinin geliştirilmesi adına daha fazla tatbikat ve simülasyon yapması gerekir.

10. Sağlık talebi artışı, sağlık personelinin tükenmişliği ve hasta memnuniyetsizliği şiddeti doğurmaktadır. Bu kısır döngüyü kırmanın en önemli yolu halkın bilgilendirilmesi ve koruyucu sağlık hizmetlerinin etkinliğinin artırılması olduğu açıktır. Bu bölüm açısından halkın TV programları, sosyal medya gibi kanallarla etkili bir şekilde bilgilendirilmesi, "acil" durumların tanımının yapılması elzemdir.

11. Acil bir durumda ne yapılması gerektiği ve Temel Yaşam Desteği konusunda okullardan başlamak üzere ülke genelinde bir eğitim programı oluşturulmalıdır.

# Hastane Acil Servisleri

**GÜÇLÜ YÖNLERİ**

1. Hastane acil servisleri, toplumun sağlık hizmetlerine en kolay erişebileceği kısmıdır.

2. Acil olan ya da olmayan her türlü vakaya hizmet vermeye çalışmaktadır.

3. 7 gün 24 saat kesintisiz hizmet vermektedir.

4. Randevusuz hasta Kabul etmektedir.

5. Ülke genelinde merkezi hastanelerde çalışan acil tıp uzmanları, acil servislere yeni bir bakış açısı katmış, kritik hasta bakımında etkin tanı ve tedavi olanağı sağlamıştır.

6. Hastane içerisinde yatışlarda acil servisteki hastaların yatış önceliği bulunmaktadır.

7. Acil servislerde takip edilen hastaların sevk önceliği bulunmaktadır.

8. Acil servis üzerinden çalışılan laboratuvar tetkikleri daha erken sonuçlanmaktadır.

**GÜÇLENDİRİLMESİ GEREKEN YÖNLERİ**

1. Acil servis kalabalığı ve kaynakların aşırı kullanımı gittikçe büyüyen bir sorundur.

2. Kalabalığın yarattığı olumsuzluklar ile hasta ve yakınlarının beklentilerinin karşılanamaması acil serviste şiddeti doğurmaktadır.

3. Aşrı başvuru nedeni ile acil serviste çalışan personel sayısının yetersiz olması hasta bakım kalitesini azaltmaktadır.

4. Acil servis personeli hem zihinsel hem fiziksel olarak aşırı yıpranmaktadır.

5. Hasta ve yakınlarının bilgilendirilmesinde aksaklıklar bulunmaktadır.

6. Acil serviste bulunan hastalar için konsültasyon süreleri kısaltılmalıdır.

7. Acil serviste başka bir servis yatışı bekleyen hasta varken başka bir hasta servise yatırılmamalıdır.

8. Hem personel hem de hastalar için daha iyi fiziki koşullar sağlanmalıdır.

**TEKLİFLER**

1. Sürekli ve randevusuz hizmet veren acil servislerde, triaj uygulaması yapılmalı ve acil olmayan vakalar polikliniklere ve aile hekimliklerine yönlendirilebilmelidir.

2. Hasta ve yakınları "acil durumlar" hakkında TV programları, sosyal medya gibi kanallarla etkili bir şekilde bilgilendirilerek acil servislerin gereksiz kullanımının önüne geçilmelidir. Böylece personelin tükenmişliği engellenecek, hasta bakım kalitesi artırılacak ve acil servisteki şiddet olaylarının önüne geçilecektir.

3. Şiddet olaylarının önüne geçmek adına hastanelerdeki güvenlik görevlisi ve hastane polisi sayısı ile yetkileri arttırılmalıdır. Hastane girişlerine avm lerdeki gibi x-ray cihazları konulmalıdır.

4. Şiddet olaylarının önüne geçmek adına sendikalar, tabip odaları, barolar gibi sivil toplum örgütleri ile ilgili bakanlıklar ortak çalışma içerisinde olmalıdır.

5. Kritik hasta bakımında etkin rol oynayan ve zaman zaman acil servislerde günlerce hasta takip eden acil tıp uzmanlarına yoğun bakım, toksikoloji gibi yan dal uzmanlığı imkanı sunulmalıdır.

6. Acil serviste başka bir servis yatışı bekleyen hastalar için diğer kliniklere yatış bloğu konulabilmesi her hastane için standart hale getirilmelidir.

7. Özellikle perifer hastanelerdeki konsultan hekimlerin daha etkin çalışması sağlanmalı, üst basamağa yapılacak gereksiz sevklerin önüne geçilmelidir.

8. Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri ile dal hastaneleri ve acil servislerin koordine şekilde çalışması için yapay zeka kullanabilen merkezi bir yazılımla planlama yapılabilmelidir.

9. Çok sektörlü sağlık sorumluluğu anlayışı içerisinde hastane öncesinde ve hastane acil servislerinde çalışan doktor, hemşire, temizlik ve güvenlik personelinin de katıldığı eğitimler standart hale getirilmelidir.

# Kamu Hastaneleri

**GÜÇLÜ YÖNLERİ:**

1. Türkiye Kamu Hastanelerinin %85'i son 20 (yirmi) yıl içerisinde yenilenmiştir. (Devlet hastanelerinde artık koğuş usulü hasta yatmamakta olup, bir odada en fazla iki hasta kalmaktadır. Şehir hastaneleri ve çoğu Devlet hastanelerinde hasta odaların da wc, banyo ve lavabo bulunmaktadır.)

2. Devlet hastanelerindeki uzman doktor sayıları arttırılarak ve dengeli dağılımı sağlanarak hastaların sağlık hizmetine daha kolay ulaşımı sağlamıştır.

3. Hastanelerin birçoğunda çağdaş teknolojik donanım yeterli düzeyde bulunmaktadır. Bu teknolojiyi kullanacak hekim ve personel bulunmaktadır. Çalışanlara teşvik verilmektedir.

4. Kamuda hastane döner sermayeleri geliştirilmiştir. Bu sayede sağlık sektöründe personele ilave gelir sağlanmıştır.

5. Döner sermaye payları arttığı için birçok doktor muayenehanesini kapatmıştır. Böylelikle doktorlar Devlet hastanesindeki işine daha fazla odaklanmıştır.

6. Türkiye'de hekime ulaşmak çoğu Dünya ülkesinden daha kolaydır.

7. MHRS ve Alo 184'den hastalara hekim seçme hakkı tanınmıştır.

8. Hastanelerin fiziksel şartları ve tıbbi cihaz envanterleri geliştirilmiş, şehir hastaneleri sağlık ve otelcilik hizmeti yönünden oldukça gelişmiştir.

9. Hemen bütün hastanelerde hastaların bekleme süreleri azaltılmış ve hasta memnuniyet oranları arttırılmıştır.

10. Alo 184 hattı ile vatandaş rahatlıkla sorularını Sağlık Bakanlığına iletebilmektedir.

11. Döner Sermaye kurullarının çalışması olumludur.

**GÜÇLENDİRİLMESİ GEREKEN YÖNLERİ:**

1. Hekimler, maaşlarının önemli bir kısmını performans sistemine göre baktığı hasta ve yaptığı ameliyat sayısına göre aldığından hastalara gereksiz ameliyat ve müdahalelerin sayısı artmıştır.

2. Sağlık personelinin aldığı ek ödemelerin bir kısmı emeklilik maaşına yansımamakta ve bu durum emekli maaşlarının çok düşük olmasına neden olmaktadır.

3. Döner sermaye sisteminin sürdürülebilir olması konusunda bütün sağlık camiası aynı fikirde olup genel kanı bu sistemin daha fazla aynı şekilde yürüyemeyeceği yönündedir. Yeni alınan sözleşmeli

personelin maaşı ve ek ödemeleri, yemek, güvenlik, temizlik hizmetleri ve tıbbi cihaz alımı gibi birçok harcamalar döner sermayeye yüklenmiştir.

4. Bugün emniyet, ordu, yargı ve eğitim camiası için birçok sosyal imkân bulunurken sağlık camiasının hiçbir sosyal tesis ve benzeri imkânı bulunmamaktadır.

5. Sistemin getirdiği aksaklıkların faturası başta medya olmak üzere yöneticiler tarafından hekimlere çıkarılmaktadır. Bu şekilde hatalı görülen hekim ve sağlık çalışanları sıklıkla şiddete maruz kalmaktadır.

6. Birinci basamağa uğramadan hastanelere gelen insanlar aşırı yoğunluğa neden olmaktadır.

7. Birçok ilacı hastanede çalışan uzman hekim yazamamaktadır. Rapor, tıbbi kanıt veya üniversite hastanesine sevk gerekmektedir.

8. Kamu hastane ve kuruluşlarının denetimleri yetersizdir.

9. Görünürde hastanın hekim seçme hakkı olduğu halde hasta kontrollere geldiğinde ilk muayene olduğu özellikli branşlarda hekime ulaşmakta sıkıntılar yaşamaktadır.

10. Hastaneler birçok sağlık hizmeti uygulamasında taşeron kullanmaktadırlar. Taşeronlar ticari kar gözettiği için kalitede ciddi manada düşüşler yaşandığı gözlemlenmektedir. Fizik tedavi, radyoloji, laboratuar ve diş protezi gibi sağlık hizmetleri taşeronlaştırılmaktadır.

11. Cerrahide kullanılan cihaz yönetimi gereksiz cerrahi endikasyon konmasına yol açmaktadır.

12. Tıbbi atık ücretlendirmeleri yerel yönetimlere göre farklılıklar göstermektedir. Diğer taraftan personelin tıbbi atıkların uygun şekilde ayrıştırılmasına dikkat etmemesine bağlı olarak tıbbi atık miktarları artmaktadır. ve sağlık tesisi için ciddi bir mali yük olabilmekte, tıbbi atığın imhası da ülke ekonomisine kazandırılamamaktadır.

**TEKLİFLER:**

1. Kamu hastaneleri asli hizmetlerini kendilerinin yapmaları gerekmekte olup, bu hizmetlerin taşeron sistemi ile temin etmeleri doğru değildir.

2. Yeni yapılacak şehir ve devlet hastanelerinin mümkün olduğunca 1000 yatak seviyesini geçmemesi gerekir.

3. Yeni yapılacak hastanelerin ulaşım, otopark, sosyal hizmetler, refakatçiye sunulacak sosyal donatılar sağlanmalıdır.

4. Kamu hastanelerinde akılcı performans sistemine geçilmelidir. Özellikle cerrahi branşlarda mutlaka uygulanmalıdır. Endikasyonsuz işlemler, suni hasta oluşturma pozitif performansın sonucunda gelmiştir. Bu fazla yükü sistemin artık kaldırması mümkün değildir.

5. Akılcı performans sisteminde Türkiye geneline bir standart getirmek gerekmektedir. Her hastane için mevcut ve geçmiş yıllardaki performansa bakıp %90'lık performansı üst limit kabul edilmelidir. Bu limitin altına düşenin, standart performansı düşülmelidir. Yapılmayan ameliyat, komplikasyonlar, düşük, muayene sayıları performanstan düşülmelidir.

6. Kamu sağlık tesislerinin tıbbi atık miktarlarına göre gruplandırılması, gruba uygun şekilde Çevre Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığınca standart fiyat tarifesi belirlenmesi, gerekirse büyük sağlık tesisleri için yerel ya da bölgesel tıbbi atık imha sistemleri kurulması, tıbbi atık personelinin standart eğitim almasının sağlanması, tıbbi atık miktarlarının takip edilerek uygun ayrıştırma yapılan ve atık miktarını azaltan kuruluşların/personelin ödüllendirilmesi, tıbbi atık kutularının standartlaştırılması, tıbbi atıklara ilişkin toplum farkındalığını artırmaya yönelik faaliyetler yapılması ülke ekonomisi açısından da faydalı olacaktır.

# Özel Sağlık Hizmetleri

**GÜÇLÜ YÖNLERİ:**

1. Hastalar sevk olmadan özel hastanelere direk başvurabilmektedir.

2. Faturalarda bir kesinti yaşanmazsa zamanında ödenmektedir.

3. Hastalardan belli bir fark ücreti alınabilmektedir.

4. Bazı hayati işlemlerden (Örneğin; acil hizmetleri, kalp ameliyatları, onkolojik cerrahi, organ nakilleri ve yoğun bakım üniteleri gibi) fark alınmamaktadır.

5. Özel sektör ciddi sayıda hastaya kaliteli hizmet vermektedir. Devlet hastanelerinin iş yükünü önemli ölçüde azaltmaktadır.

6. Sağlık kurumları planlaması kapsamında yeni özel kuruluş açılmasına müsaade edilmemektedir. Bu durum özel sektörün aşrı rekabetçi bir duruma girmesini önlemektedir.

7. Özel sağlık kuruluşları yeterince denetlenmektedir.

8. Özel sektör, hizmet başına kamu hastanelerinden daha düşük fiyatlara hizmet verebilmektedir.

9. SGK tarafından yapılan SUT ödemeleri her yıl asgari ücret arttırımına yakın bir oranda arttırılmaktadır.

**GÜÇLENDİRİLMESİ GEREKEN YÖNLERİ**

1. Sağlık bakanlığı tarafından 2008 yılına kadar hiçbir planlama yapılmadan sağlık kuruluşu ruhsatı verilmiş, sonrasında yeni ruhsat verilmemektedir. Bu durumda büyük sermaye küçük tıp merkezlerini satın alarak birleştirmiş Özel hastaneler haline getirilmiştir. Gerçekte ihtiyaç olan Tıp Merkezleri ortadan kalkmıştır.

2. Özel Hastanelerin bir kısmı yabancı sermayenin eline geçmiştir.

3. Sosyal Güvenlik Kurumunun muayene, tetkik ve tedavileri için düşük fiyatlarla vaka başı paket uygulamaya geçmesi özellikle Tıp Merkezlerinin kapanmasına sebep olmuştur.

4. Özel sektörün yeni doktor alımı neredeyse tamamen durdurulmuş (60 yaş üstü emekli doktorlar istisna) ve nitelikli tıbbi cihaz alımı çok katı sınırlamalara tabi tutulmuştur. Böylece mevcut kuruluşların büyümesi engellenmiştir. Ancak tıp merkezi ve hastane birleşmelerinde yeni kadro verilmemektedir.

5. SGK ödemeleri hizmetin sürdürülebilir olmasını sağlamamaktadır.

6. Devlet hastanelerinin kira ve personel maaşı genel bütçeden karşılanmaktadır. SGK tarafından devlet hastaneleri ile özel hastanelerde aynı SUT bedeli ödenmektedir. Üniversite ve Eğitim hastanelerinde %30 daha fazla ödenmektedir.

7. Özel hastanelerde % 200'e kadar olan fark ücreti devlet hastanelerinde fark ücreti alınmamaktadır. Bu durum kamu hizmeti gören özel hastane ve tıp merkezlerinin aleyhine bir durum oluşturmaktadır.

8. Özel hastaneler kar getiren hizmetlere ağırlık vermekte ve diğer hizmetleri sunmakta gönülsüz davranmaktadır.

9. Birçok Görüntüleme Merkezi fiyatların aşırı düşük olmasından dolayı kapanmıştır.

10. Tıp merkezleri zarar ettiklerinden dolayı satışa çıkmış, büyük hastaneler tarafından satın alınıp birleştirilerek zincir hastanelere çevrilmişlerdir

11. SGK, fatura incelemelerinde, hekimlerin ihtisaslarıyla ilgili mesleki bilgi ve becerilerine göre koyduğu teşhislerine müdahale etmektedir. Bu teşhislere göre yapılan tedavileri yerinde değil diyerek ödememektedir. Özel kurumlar bu durumdan mağdur olmaktadırlar.

**TEKLİFLER:**

1. SUT fiyatları tıp merkezleri için vatandaştan fark alınmayacak şekilde yeniden düzenlenmelidir. Bu şekilde orta gelirli kesim özel sağlık hizmetlerinden faydalanabilecek ve devlet hastanelerindeki yığılma azalacaktır.

2. Özel hastanelere ihtiyaç duydukları branşlar verilebilmelidir.

3. SGK fatura inceleyicileri hekimlerin tıbbi kanaatlerine müdahale etmemelidirler.

# Evde Sağlık Hizmetleri

**GÜÇLÜ YÖNLERİ:**

1. 80 yaş üstü tüm vatandaşların ön şart olmaksızın talebine istinaden evde sağlık hizmeti verilmektedir. 65 yaş üstü vatandaşların kronik hastalıkları mevcutsa evde sağlık hizmeti bulunabilmektedir.

2. Tüm vatandaşlar evde sağlık hizmeti alabilir, raporu olan kişiler evde sağlık hizmeti olabilmektedir.

3. Evde sağlık hizmetleri sunulmasıyla hastaneye başvuruların ve hastanede kalış süreleri azalmaktadır. Buna bağlı olarak hastane enfeksiyonlarında düşüş meydana gelmekte bu durum hastane enfeksiyonlarının neden olduğu maliyet artışını azaltmaktadır.

3. Hastanın yaşadığı ortamda tedavisinin devamının sağlanması, hastanın kendini güvende hissetmesine sebep olup, stresini azaltmaktadır.

4. Hastanın kişisel ihtiyaçlarını, hasta yakınlarının ev ortamında karşılaması hastanın rahat etmesini sağlamaktadır.

5. Terminal dönemdeki hastaların çoğunlukla evde tedaviyi tercih etmeleri, aile bireyleriyle son dönemlerini birlikte geçirmelerini sağlamaktadır.

6. Hastanede tedaviye göre evde tedavi daha ekonomiktir.

7. Sağlık kurumunun evde sağlık hizmeti vermesi için sağlık çalışanı görevlendirmesi kurumun itibarını artırmaktadır.

8. Enjeksiyon yapılması, yara bakımı, idrar kateteri takılması gibi kısa süreli işlemler için yatağa bağımlı hastaların ve hasta yakınlarının sağlık kurumuna ulaşımı sırasında yaşayacağı sıkıntıları azaltılmaktadır.

9. Evde sağlık hizmeti sunan sağlık çalışanlarının ekip ruhu gelişmekte, mesleki doyum açısından tatmin edici özellikte olmaktadır.

10. Evde sağlık hizmetlerinin varlığı, hastane yatak doluluk oranlarının azalmasına neden olmaktadır.

11. Hastanede başlayan tedavi evde devam ederek sürekli sağlık hizmeti sağlanmaktadır.

12. Özellikle kanser gibi kronik hastalığı olan çocuk hastaların hastaneye karşı olan korkuları azaltılmış olmaktadır.

13. Evde sağlık hizmetleri özel sektör tarafından verilebilmektedir. Evde özel sağlık hizmetleri yönetmeliği çıkarılmıştır.

14. İhtiyaç durumunda evde bakım hastasının, hasta nakil aracı ile hastaneye sevki yapılabilmektedir.

**GÜÇLENDİRİLMESİ GEREKEN YÖNLERİ:**

1. Sağlık kurumlarının aksine hastanın yanında sürekli sağlık personelinin olmayışı hastada ve hasta yakınında stres yaratmaktadır.

2. Hasta yakınları ve sağlık personelleri arasında iletişim sıkıntısı yaşanabilmektedir.

3. Evde sağlık hizmeti verilmesi, bireyin daha önceki ev düzenini değiştireceğinden kendini ve aileyi daha kötü hissetmesine neden olmaktadır.

4. Yetersiz bilgilendirme sonucu hasta yakınları hastaya yanlış egzersiz, ilaç vs. uygulayabilmektedir.

5. Hizmet veren sağlık personelinin hastane dışında sağlık hizmeti veriyor olması personelin güvenliğini sağlamak konusunda sıkıntı yaratabilmektedir.

6. Evde sağlık hizmeti veren sağlık personelleri hizmet verilen bölgenin kültürüne uyum sağlama konusunda problem yaşayabilmektedir.

7. Hizmet alan hastaların büyük bir çoğunluğunun yaşam dönemlerinin son evresinde olması ve verilen hizmetin sonuçlarının çoğu zaman hasta sağlığı üzerinde gözle görülür bir değişikliğe sebep olmayışı hizmet verenlerin motivasyonunu düşürebilmektedir.

**TEKLİFLER:**

1. Gelişen sağlık sektörünün yeni bir parçası olan evde sağlık hizmetleri sağlık hizmetinin sürdürülebilirliğinin en önemli göstergesidir. Hizmet tek bir merkez aracılığıyla verilmeli ve ortak bir otomasyon sistemi kurulmalıdır. Bu durum hastalara ait geçmiş verilerin paylaşılmasını sağlayacak ve daha verimli hizmetin sunulmasına imkan verecektir.

2. Evde sağlık hizmeti sunan personelin hizmeti hastanın evinde sunması personel güvenliğini sağlama konusunda sıkıntı oluşturabilmektedir. Bu nedenle personelin güvenliğini sağlayacak, merkezle irtibat halinde olmasına imkan verecek bir iletişim sisteminin oluşturulması gerekmektedir. Evde sağlık hizmetlerini alan hastaların belirli bir yaşa sahip olması ve bakımlarını sağlayacak yakınlarının olmamasından dolayı bazı hastalar yemek yapmak, ev temizliği yapmak gibi elzem ihtiyaçlarını kendileri zor karşılayabilmektedir. Bu sebeple evde sağlık hizmeti veren birimlerin belediyeler ve Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'na bağlı birimlerle daha sıkı işbirliği içinde olması gerektirmektedir.

3. Bireylerin evde sağlık hizmetlerine ilişkin yeterli düzeyde bilgi sahibi olabilmeleri için Sağlık Bakanlığı'nın evde sağlık hizmetlerine ilişkin tanıtıcı faaliyetlere (kamu spotu gibi) ağırlık vermesi gerekmektedir. Bu durum bu hizmetten haberdar olmayan ve bu hizmete ihtiyacı olan insanların bu hizmetten yararlanmasına imkan sağlayacaktır. Evde sağlık hizmetinin aksamaması ve sürdürülebilirliği açısından evde sağlık hizmeti sunan personelin nöbet tutmak, poliklinikte çalışmak gibi başka görevlerinin olmaması gerekmektedir.

4. Evde sağlık hizmeti sunan personelin sertifikalandırılması hizmetin kalitesini arttırmaya ve memnuniyete yönelik önemli bir katkı sağlayacaktır. Hizmetin hedeflenen düzeyde sunulması, aksaklıkların ortaya çıkması açısından planlı ve plansız denetimler yapılmalıdır.

5. Hizmete talebin ve hasta sayısının her geçen yıl arttığı görülmektedir. Diğer taraftan sisteme yeni giren ilk değerlendirme ve eğitim ihtiyaçları nedeniyle ev ziyaretleri daha uzun zaman alıcı olmaktadır. Hizmet planlamasında yeni hasta ve eski hastaların ihtiyaç farklılıkları göz önünde tutulmalıdır.

6. Artan hizmet talebinin karşılanabilmesi için alternatif bir yöntem olarak uygun hastalar ve durumlar için hastaların uzaktan takibine olanak tanıyan evde sağlık hizmetlerine yönelik "Tele-Sağlık" ve "Dijital Evde Sağlık" uygulamaları gibi sağlık teknolojileri yaygınlaştırılmalıdır.

7. Evde Sağlık Hizmetleri genel olarak yaşlı ya da kısıtlı hastalara verilmekte olup ölüm oranları da göreceli olarak yüksektir. Ölüm öncesi, esnası ve sonrasında hasta ve hasta yakınları için manevi desteğin sağlanabileceği süreçler güçlendirilmeli, sisteme din görevlileri, yerel yönetimler ve sivil toplum kuruluşları dahil edilebilmelidir. Ayrıca bu hastalarda sık görülen depresyon ve anksiyete ile mücadele için ilgili branşların desteği artırılmalıdır.

8. Hastanın yanısıra hasta yakınlarının da manevi ve psikolojik destek alabilmesi sağlanmalıdır.

9. Evde bakım hizmeti verenlere yönelik sertifikasyon programları düzenlenmeli, standart eğitimler verilmelidir.

10. Sağlık Bakanlığı dışında yerel yönetimler veya sivil toplum kuruluşları tarafından da evde bakım hizmetleri verilebilmektedir. Tüm evde bakım hizmetlerinin tek elden yönetilmesi maliyet etkinliği artıracaktır.

# Palyatif Bakım

## GÜÇLÜ YÖNLERİ

1. Palyatif Bakım yaşamı sınırlayıcı ve tehdit edici hastalıkların başta ağrı olmak üzere, semptomlarının azaltılarak ya da ortadan kaldırılarak hasta ve ailesinin fiziksel, psikososyal ve manevi gereksinimlerinin karşılanarak yaşam kalitelerinin artırıldığı ve hastanın kaybı sonrasında ailenin yas sürecinde desteklenmesini de kapsayan bir bakım felsefesidir.

2. Palyatif bakımda 2013 yılından bu yana çalışan sağlık profesyonellerinin tecrübesi ve farkındalığı artmıştır.

3. Gerek toplumda gerekse karar vericiler düzeyinde palyatif bakım kliniklerinin gerekliliğine yönelik farkındalık artmıştır.

4. Sağlık tesislerinde yatak sayısı arttırılmaktadır.

## GÜÇLENDİRİLMESİ GEREKEN YÖNLERİ

1. Ülkemizde sağlık tesisi yöneticilerinin ve bu kliniklerde görev yapmak üzere görevlendirilen palyatif bakım kliniği sorumlu hekimlerinin palyatif bakım konusunda eğitim ve farkındalık eksikliği nedeni ile palyatif bakımlar yoğun bakımları drene etmek için ara yoğun bakım, inme merkezi, basınç ülseri tedavi kliniği olarak kullanılmaktadır. Palyatif bakım kliniklerinin fiziki koşulları yetersizdir.

2. Her geçen gün yaşlı nüfusumuz artmakta, kronik hastalıklı bireylerin yoğun bakımda yatış süreleri uzamakta, yoğun bakımlarda sunulan hizmetlerin bakım yükü maliyeti artmaktadır. Hastalar yoğun bakımlarda yakınları ile vedalaşamadan acı ve ıstırap içinde yaşamlarını kaybedebilmektedir

3. Palyatif bakımda çalışan sağlık profesyonellerinde palyatif bakım felsefesi hakkında bilgi eksikliği ve farkındalığının az olması nedeni ile yaşam sonu bakım göz ardı ediliyor. Hastaya gereksiz girişimsel işlemler ve agresif tedavilerle yaşam kalitesi düşürülüyor.

4. Palyatif bakım hizmeti kanıta dayalı uygulamalar eşliğinde sunulmadığı için ülke sağlık ekonomisine yükü artmaktadır.

## TEKLİFLER

1. Palyatif bakım kliniklerinde çalışanlar ve sağlık tesisi yöneticileri palyatif bakım için eğitime alınmalı ancak bu eğitim yetkin bir eğitim kadrosu ile Sağlık Bakanlığı ilgili birimi tarafından verilmelidir.

2. Palyatif bakım algoritmaları oluşturulmalıdır.

3. Palyatif bakım kliniklerinin sadece yatak sayısının artışı değil, etkinlik ve niteliğinin de iyileştirilmesi amaçlanmalıdır.

## Sağlık Hizmeti Verilen Kurumlar ve Altyapıları

**Tablo 1**: Yıllara Göre Hastane ve Yatak Sayıları

| Yıl | Sağlık Bakanlığı | | Üniversite | | Özel | | Toplam | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Hastane Sayısı | Yatak Sayısı | Hastane Sayısı | Yatak Sayısı | Hastane Sayısı | Yatak Sayısı | Hastane Sayısı | Yatak Sayısı |
| 2002 | 774 | 107.394 | 50 | 26.341 | 271 | 12.387 | 1095 (+61 diğer) | 164.471 |
| 2017 | 879 | 135.339 | 68 | 41.324 | 571 | 53.805 | 1518 | 225.863 |
| 2018 | 889 | 139.651 | 68 | 42.066 | 577 | 52.230 | 1534 | 231.913 |
| 2019 | 895 | 143.412 | 68 | 42.925 | 575 | 51.167 | 1538 | 237.504 |
| 2020 | 900 | 156.965 | 68 | 41.987 | 566 | 50.196 | 1534 | 251.182 |
| 2021 | 908 | 157.714 | 68 | 42.978 | 571 | 49.200 | 1.547 | 254.497 |

Kaynak: Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021

**Tablo 2:** Dallara Göre Hastane ve Yatak Sayıları, 2021

| Dallar | Hastane | Yatak |
|---|---|---|
| Genel Hastane | 1.445 | 237.596 |
| Entegre İlçe Devlet Hastanesi | 292 | 1.524 |
| Şehir Hastanesi | 19 | 25.623 |
| Belediye Hastanesi | 2 | 333 |
| Genel Eğitim Hastanesi | 130 | 88.277 |
| Diğer Genel Hastaneler | 1.002 | 121.839 |
| Göz Hastalıkları Hastanesi | 25 | 293 |
| Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi | 19 | 3.417 |
| Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi | 18 | 2.617 |
| Göğüs Hastalıkları Hastanesi | 10 | 3.830 |
| Psikiyatri Hastanesi | 10 | 3.076 |
| Çocuk Hastalıkları Hastanesi | 4 | 1.257 |
| Kalp ve Damar Cerrahisi Hastanesi | 4 | 558 |
| Kemik Hastalıkları Hastanesi | 3 | 436 |
| Onkoloji Hastanesi | 3 | 842 |
| Meslek Hastalıkları Hastanesi | 2 | 254 |
| Ortopedi ve Travmatoloji Hastanesi | 1 | 33 |
| Lepra Hastanesi | 1 | 34 |
| Lösemili Çocuklar Hastanesi | 1 | 200 |
| Spastik Çocuklar Hastanesi ve Rehabilite Merkezi | 1 | 54 |
| Toplam | 1.547 | 254.497 |

**Kaynak:** T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2021

**Tablo 3:** Sektörlere Göre Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Veren Kurum ve Kuruluşlar, 2021

| | Sağlık Bakanlığı | | Üniversite | | Özel | | Toplam | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Kurum | Ünit | Kurum | Ünit | Kurum | Ünit | Kurum | Ünit |
| Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi | 133 | 4.485 | - | - | 103 | 1.076 | 236 | 5.561 |
| Diş Hastanesi | 28 | 2.003 | - | - | 3 | 82 | 31 | 2.085 |
| Diş Eğitim Hastanesi | 6 | 536 | 60 | 6.317 | - | - | 66 | 6.853 |
| Diş Polikliniği (Hastane) | 788 | 3.043 | 12 | 91 | 209 | 503 | 1.009 | 3.637 |
| Diş Polikliniği | - | - | - | - | 3.067 | 12.649 | 3.067 | 12.649 |
| Toplam | 955 | 10.067 | 72 | 6.408 | 3.382 | 14.310 | 4.409 | 30.785 |

**Kaynak:** T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2021

**Tablo 4:** İBBS-1'e Göre 100.000 kişiye Düşen Hastane Yatağı Sayısı, 2002-2021

| İBBS-1 | 2002 | 2021 |
|---|---|---|
| İstanbul | 24,3 | 29,6 |
| Batı Marmara | 23,7 | 30,6 |
| Ege | 23,5 | 29,3 |
| Doğu Marmara | 19,7 | 27,4 |
| Batı Anadolu | 28,9 | 34,5 |
| Akdeniz | 19,3 | 29,5 |
| Orta Anadolu | 23,4 | 33,6 |
| Batı Karadeniz | 28,3 | 34,3 |
| Doğu Karadeniz | 28,5 | 34,6 |
| Kuzeydoğu Anadolu | 19,1 | 31,6 |
| Ortadoğu Anadolu | 19,5 | 31,9 |
| Güneydoğu Anadolu | 12,6 | 242 |
| Türkiye | 24,8 | 30,1 |

Kaynak: Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021

**Tablo 5:** Sektörlere Göre Nitelikli Yatak Sayısı ve Toplam Yataklar İçerisindeki Oranı, (%), 2021

| | Sağlık Bakanlığı | Üniversite | Özel | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| Nitelikli Yatak Sayısı | 103.945 | 24.929 | 35.119 | 163.993 |
| Toplam Yataklar İçerisindeki Oranı, (%) | 77,9 | 69,3 | 96,7 | 79,7 |

Kaynak: Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021

**Tablo 6:** Türlerine ve Sektörlere Göre Yoğun Bakım Yatak Sayıları, 2021

| | Sağlık Bakanlığı | Üniversite | Özel | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| Erişkin | 18.545 | 4.746 | 10.032 | 33.323 |
| Çocuk | 1.286 | 66 | 188 | 2.135 |
| Yenidoğan | 4.433 | 1.588 | 7.274 | 13.295 |
| Toplam | 24.264 | 6.995 | 17.494 | 48.753 |

Kaynak: Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021

**Tablo 7:** Sektörlere Göre Hastanelerde Cihaz Sayıları, 2021

| | Sağlık Bakanlığı | Üniversite | Özel | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| MR | 375 | 111 | 474 | 960 |
| BT | 583 | 146 | 542 | 1.271 |
| Ultrason | 2.810 | 1.036 | 2.40 | 6.276 |
| Doppler Ultrason | 4.350 | 667 | 1.811 | 6.828 |
| EKO | 1.720 | 337 | 793 | 2.850 |
| Mamografi | 396 | 78 | 490 | 964 |

Kaynak: Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021

**Tablo 8:** Birinci Basamak Kurum ve Acil Hizmet Altyapı Sayıları, 2021 Sağlık Bakanlığı

| | 2021 |
|---|---|
| **Aile Hekimliği Birimi** | 26.928 |
| **Aile Sağlığı Merkezi** | 8.057 |
| **Toplum Sağlığı Merkezi (TSM)*** | 778 |
| **Sağlık Evi** | 4.983 |
| **Çocuk, Ergen, Kadın ve Üreme Sağlığı Birimi (ÇEKÜS)** | 96 |
| **Verem Savaş Dispanseri (VSD)** | 173 |
| **Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM)**** | 336 |
| **E2 – E3 Entegre İlçe Devlet Hastaneleri** | 200 |
| **Halk Sağlığı Laboratuvarları** | 84 |
| **112 Acil Yardım İstasyonu** | 3.170 |
| **112 Acil Yardım Ambulansı** | 5.801 |

Kaynak: Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021

## Sağlık Hizmeti Kullanım İstatistikleri

**Tablo 9:** Kurum Türlerine Göre Toplam ve Kişi Başı Hekime Müracaat Sayısı, 2021, Tüm Sektörler

| | Hekime Müracaat | Kişi Başı Hekime Müracaat |
|---|---|---|
| **Aile Hekimliği** | 239.053.780 | 2,8 |
| **Verem Savaş Dispanseri** | 788.679 | 0,1 |
| **ÇEKÜS*** | 123.859 | |
| **TSM'ler Tarafından Yapılan Diğer Muayeneler*** | 1.826.891 | |
| **Özel Poliklinikler** | 598.356 | |
| **E2-E3 Entegre İlçe Devlet Hastaneleri** | 3.133.755 | |
| **Birinci Basamak Toplamı** | 245.525.320 | 2,9 |
| **Özel Tıp Merkezleri** | 15.672.466 | 0,2 |
| **Hastaneler** | 414.454.404 | 4,0 |
| **Sağlık Bakanlığı** | 305.040.174 | 2,9 |
| **Üniversite** | 40.102.992 | 0,4 |
| **Özel** | 69.311.238 | 0,7 |
| **İkinci ve Üçüncü Basamak Toplamı** | 430.126.870 | 5,1 |
| **Genel Toplam** | 675.652.190 | 8,0 |

Kaynak: Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021

**Tablo 10:** İBBS-1'e Göre Bazı Sağlık Hizmeti Kullanım Göstergeleri, 2021, Tüm Sektörler

| İBBS-1 | Kişi Başı Hekime Müracaat | Kişi Başı Diş Hekimine Müracaat | Yatak Doluluk Oranı | Ortalama Kalış Günü | Yatak Devir Hızı | Yatak Devir Aralığı |
|---|---|---|---|---|---|---|
| İstanbul | 7,6 | 0,36 | 58,5 | 6,1 | 35,1 | 4,3 |
| Batı Marmara | 8,7 | 0,34 | 48,6 | 5,1 | 35,1 | 5,3 |
| Ege | 8,4 | 0,43 | 49,7 | 4,9 | 37,3 | 4,9 |
| Doğu Marmara | 8,1 | 0,47 | 58,9 | 5,4 | 40,1 | 3,7 |
| Batı Anadolu | 7,7 | 0,39 | 56,9 | 6,0 | 34,5 | 4,6 |
| Akdeniz | 8,4 | 0,35 | 53,6 | 4,3 | 45,0 | 3,8 |
| Orta Anadolu | 8,2 | 0,54 | 47,4 | 4,5 | 36,2 | 6,7 |
| Batı Karadeniz | 8,5 | 0,54 | 49,0 | 5,4 | 33,4 | 5,6 |
| Doğu Karadeniz | 8,5 | 0,45 | 47,9 | 4,7 | 37,5 | 5,1 |
| Kuzeydoğu Anadolu | 7,1 | 0,60 | 44,0 | 4,7 | 34,1 | 6,0 |
| Ortadoğu Anadolu | 7,3 | 0,45 | 43,8 | 3,9 | 40,7 | 5,0 |
| Güneydoğu Anadolu | 7,6 | 0,36 | 52,9 | 3,7 | 52,5 | 3,3 |
| Türkiye | 8,0 | 0,41 | 52,8 | 5,0 | 38,7 | 4,5 |

Kaynak: Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021

**Tablo 11:** Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelerde Yatan Hasta Sayısı

| | 2002 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2021 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Sağlık Bakanlığı | 4.169.779 | 7.404.570 | 7.561.989 | 7.606.159 | 7.675.972 | 7.742.707 | 6.110.494 |
| Üniversite | 781.990 | 1.891.094 | 1.842.001 | 1.982.410 | 1.955.983 | 2.072.720 | 1.859.399 |
| Özel | 556.494 | 4.237.453 | 4.048.696 | 4.120.734 | 4.019.422 | 3.990.922 | 3.815.599 |
| Toplam | 5.508.263 | 13.533.117 | 13.452.686 | 13.709.303 | 13.651.377 | 13.806.349 | 11.785.492 |

**Kaynak:** T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2021

**Tablo 12:** Sektörlere Göre Hastanelerde Cihaz Başına Düşen Görüntüleme Sayısı, 2021

| | MR | BT | Ultrason | Doppler Ultrason | EKO | Mammografi |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Sağlık Bakanlığı | 26.730 | 30.889 | 4.044 | 3.031 | 2.925 | 3.005 |
| Üniversite | 17.876 | 21.720 | 2.219 | 1.628 | 2.742 | 3.509 |
| Özel | 6.816 | 6.475 | 2.398 | 1.420 | 2.118 | 945 |
| Toplam | 15.874 | 19.425 | 3.105 | 2.467 | 2.679 | 1.999 |

**Kaynak:** T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2021

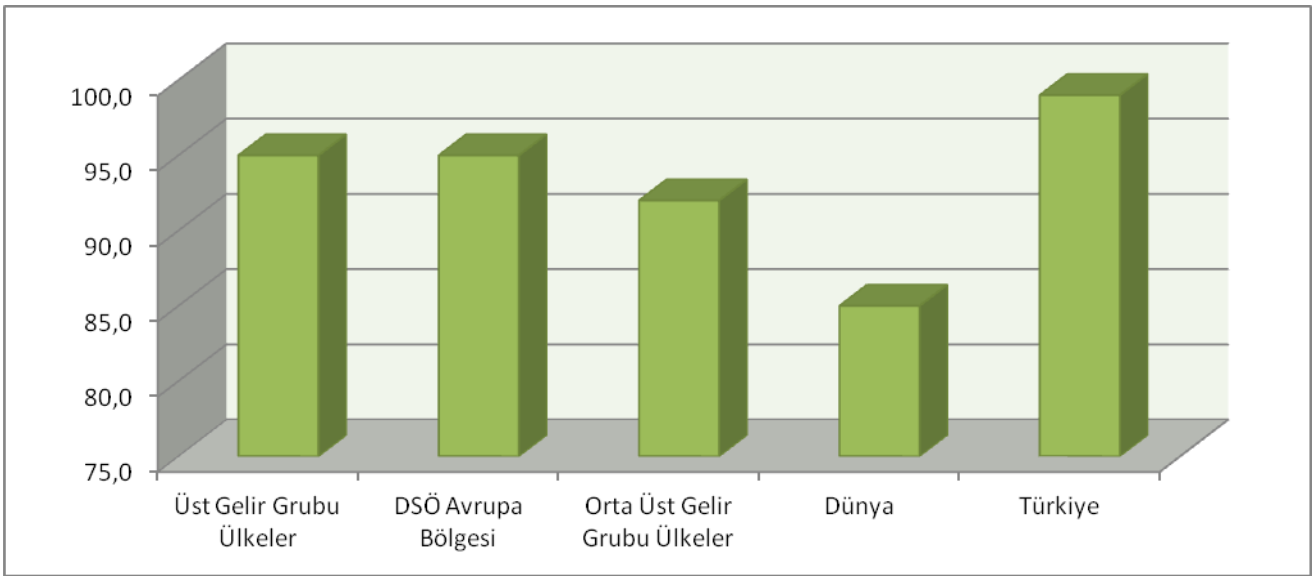
## Koruyucu Sağlık Hizmetleri İstatistikleri

**Tablo 13:** İBBS-1'e Göre Aşılama Hızları, (%), 2021

| İBBS-1 | DaBT 3 | BCG | HBV 3 | KKK | KPA Rapel |
|---|---|---|---|---|---|
| İstanbul | 97 | 97 | 97 | 95 | 93 |
| Batı Marmara | 100 | 99 | 100 | 96 | 99 |
| Ege | 97 | 98 | 97 | 98 | 97 |
| Doğu Marmara | 95 | 96 | 95 | 97 | 95 |
| Batı Anadolu | 95 | 96 | 95 | 96 | 95 |
| Akdeniz | 97 | 98 | 97 | 98 | 98 |
| Orta Anadolu | 93 | 94 | 93 | 94 | 93 |
| Batı Karadeniz | 95 | 96 | 95 | 96 | 94 |
| Doğu Karadeniz | 96 | 96 | 96 | 96 | 94 |
| Kuzeydoğu Anadolu | 96 | 92 | 96 | 94 | 90 |
| Ortadoğu Anadolu | 96 | 93 | 96 | 94 | 92 |
| Güneydoğu Anadolu | 93 | 96 | 93 | 96 | 96 |
| Türkiye | 95 | 95 | 96 | 96 | 96 |

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021

**Grafik 1:** (DaBT+İPA+Hib) Aşılama Hızlarının Uluslararası Karşılaştırması, (%), 2021




**Kaynak:** T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2021

**Tablo 14:** . İBBS-1'e Göre Doğum ve Antenatal Bakım Göstergeleri, (%), 2021

| İBBS-1 | Hastanelerde Gerçekleşen Doğum Oranı, (%) | Sezaryen Ameliyatının Canlı Doğumlar İçindeki Oranı, (%), (%) | Primer Sezaryen Ameliyatının Canlı Doğumlar İçindeki Oranı, (%) | Antenatal Bakım Kapsamı (En az 1 Ziyaret) |
|---|---|---|---|---|
| İstanbul | 98,5 | 61,4 | 32,5 | 99,4 |
| Batı Marmara | 95,8 | 64,6 | 35,7 | 99,8 |
| Ege | 98,5 | 65,9 | 35,0 | 99,8 |
| Doğu Marmara | 97,7 | 61,9 | 32,6 | 99,7 |
| Batı Anadolu | 98,5 | 57,1 | 30,2 | 99,7 |
| Akdeniz | 100 | 68,1 | 31,9 | 99,7 |
| Orta Anadolu | 96,2 | 55,0 | 27,5 | 99,8 |
| Batı Karadeniz | 96,8 | 66,9 | 35,9 | 99,7 |
| Doğu Karadeniz | 96,0 | 64,7 | 32,2 | 99,7 |
| Kuzeydoğu Anadolu | 94,2 | 43,4 | 22,3 | 99,7 |
| Ortadoğu Anadolu | 95,1 | 45,1 | 22,1 | 99,7 |
| Güneydoğu Anadolu | 96,0 | 48,5 | 19,8 | 99,8 |
| Türkiye | 97,5 | 58,4 | 29,1 | 99,7 |

Kaynak: Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021

**Tablo 15:** Bazı Enfeksiyon Hastalıklarının Vaka Sayısı ve İnsidansı (100.000 Nüfusta), 2020

| | Yerli Vaka | Yabancı Vaka | Toplam Vaka | İnsidans (100.000 Nüfusta) |
|---|---|---|---|---|
| AIDS | 36 | 10 | 46 | 0,06 |
| Kızamık | 316 | 301 | 617 | 0,74 |
| Sıtma | 0 | 135 | 135 | 0,16 |
| Tüberküloz | 7.423 | 1.407 | 8.830 | 10,6 |

Kaynak: Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2020

**Tablo 16 :** Yıllara ve Cinsiyete Göre Toplam Kanser İnsidansı, (100.000'de, Dünya Standart Nüfusu)

| | 2002 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2021 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Erkek | 154,2 | 261,4 | 275,0 | 277,7 | 267,9 | 246,8 | 247,6 | 259,9 | 262,4 |
| Kadın | 113,0 | 168,7 | 182,2 | 188,2 | 186,5 | 173,6 | 177,5 | 183,2 | 188,0 |
| Toplam | 133,5 | 215,1 | 228,6 | 233,0 | 227,2 | 210,2 | 212,6 | 221,6 | 225,2 |

**Kaynak:** T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2021

**Tablo 17:** Yıllara Göre Erkeklerde En Sık Görülen 10 Kanser Türünün İnsidansı, (100.000'de, Dünya Standart Nüfusu)

| | 2002 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2018 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Trakea, Akciğer ve Bronş | 42,2 | 61,0 | 62,3 | 60,4 | 59,3 | 52,5 | 52,5 | 57,7 | 55,5 |
| Prostat | 11,5 | 33,8 | 37,1 | 39,2 | 36,4 | 32,9 | 33,1 | 35,0 | 40,3 |
| Kolorektal | 11,8 | 20,7 | 22,4 | 24,7 | 24,4 | 22,8 | 23,1 | 25,3 | 24,8 |
| Mesane | 12,4 | 20,7 | 20,9 | 22,3 | 21,1 | 19,3 | 20,2 | 21,1 | 20,0 |
| Mide | 11,6 | 16,1 | 17,1 | 16,4 | 15,9 | 14,3 | 14,2 | 14,2 | 14,1 |
| Böbrek | 3,0 | 5,5 | 6,9 | 7,0 | 7,0 | 6,4 | 6,8 | 7,4 | 7,5 |
| Non-Hodgkin Lenfoma | 1,4 | 7,0 | 7,2 | 7,7 | 6,9 | 7,2 | 6,9 | 7,2 | 6,9 |
| Larinks | 6,9 | 7,7 | 8,1 | 7,8 | 7,0 | 6,2 | 6,6 | 6,2 | 6,3 |
| Tiroid | 0,5 | 4,7 | 5,1 | 5,4 | 5,6 | 5,5 | 6,0 | 6,2 | 6,0 |
| Pankreas | 3,1 | 5,7 | 5,6 | 5,8 | 6,3 | 5,1 | 5,6 | 5,7 | 5,6 |

**Kaynak:** T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2021

**Tablo 18:** Yıllara Göre Kadınlarda En Sık Görülen 10 Kanser Türünün İnsidansı, (100.000'de, Dünya Standart Nüfusu)

| | 2002 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2018 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Meme | 31,9 | 38,6 | 44,2 | 46,8 | 45,9 | 43,0 | 43,8 | 45,6 | 48,6 |
| Tiroid | 3,5 | 18,1 | 20,4 | 20,3 | 21,3 | 20,7 | 21,7 | 22,9 | 22,1 |
| Kolorektal | 9,3 | 13,1 | 13,3 | 15,2 | 15,3 | 13,8 | 14,4 | 14,2 | 14,7 |
| Uterus Korpusu | 4,3 | 9,6 | 10,5 | 10,1 | 9,9 | 9,8 | 10,0 | 10,5 | 11,1 |
| Trakea, Akciğer ve Bronş | 5,2 | 8,0 | 7,8 | 9,3 | 10,0 | 8,7 | 9,0 | 9,8 | 10,9 |
| Mide | 6,0 | 7,2 | 7,9 | 7,8 | 7,1 | 6,5 | 6,3 | 6,6 | 6,5 |
| Over | 5,9 | 6,6 | 7,3 | 7,3 | 7,0 | 6,1 | 6,4 | 6,4 | 6,5 |
| Non-Hodgkin Lenfoma | 1,2 | 5,3 | 5,0 | 5,2 | 5,3 | 5,0 | 4,9 | 5,1 | 5,2 |
| Uterus Serviksi | 3,9 | 4,0 | 4,5 | 4,5 | 4,6 | 4,0 | 4,5 | 4,3 | 4,2 |
| Beyin, Diğer Sinir Sistemi | 3,8 | 4,4 | 4,5 | 4,7 | 4,7 | 4,1 | 4,1 | 4,0 | 4,2 |

**Kaynak:** T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2021

## Acil Sağlık Hizmetleri İstatistikleri

**Tablo 19:** İBBS-1'e Göre Bazı Acil Sağlık Hizmetlerine İlişkin Göstergeler, Sağlık Bakanlığı, 2021

| İBBS-1 | 112 Acil Yardım İstasyonu Başına Düşen Nüfus | 112 Acil Yardım İstasyonu Başına Düşen Vaka Sayısı | 112 Acil Yardım Ambulansı Başına Düşen Nüfus | 112 Acil Yardım Ambulansı Başına Düşen Vaka Sayısı |
|---|---|---|---|---|
| İstanbul | 43.163 | 2.559 | 29.066 | 1.723 |
| Batı Marmara | 22.022 | 2.460 | 11.671 | 1.304 |
| Ege | 28.085 | 2.387 | 16.592 | 1.410 |
| Doğu Marmara | 28.899 | 2.412 | 16.211 | 1.353 |
| Batı Anadolu | 30.792 | 2.348 | 18.783 | 1.432 |
| Akdeniz | 28.883 | 2.365 | 16.349 | 1.339 |
| Orta Anadolu | 18.676 | 2.242 | 9.445 | 1.134 |
| Batı Karadeniz | 17.478 | 1.992 | 9.241 | 1.053 |
| Doğu Karadeniz | 15.477 | 2.024 | 7.783 | 1.018 |
| Kuzeydoğu Anadolu | 18.042 | 2.012 | 6.383 | 712 |
| Ortadoğu Anadolu | 18.853 | 1.811 | 9.382 | 901 |
| Güneydoğu Anadolu | 28.427 | 2.163 | 14.928 | 1.136 |
| Türkiye | 26.713 | 2.269 | 14.598 | 1.240 |

Kaynak: Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021

**Tablo 20:** Yıllara Göre Acil Sağlık Hizmetlerine İlişkin Göstergeler, 2002-2021

| | 2002 | 2010 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 112 Acil Yardım İstasyon Sayısı | 81 | 1.375 | 2.323 | 2.400 | 2.618 | 2.735 | 2.886 | 3050 | 3170 |
| 112 Acil Yardım İstasyonu Başına Düşen Nüfus | 138.050 | 53.617 | 33.896 | 33.256 | 30.867 | 29.983 | 28.813 | 27.415 | 26.713 |
| 112 Acil Yardım İstasyonu Başına Düşen Vaka Sayısı | 796 | 1.507 | 1.855 | 2.073 | 1.980 | 1.998 | 1.980 | 2428 | 2.269 |
| 112 Acil Yardım Ambulans Sayısı | 618 | 2.547 | 4.237 | 4.840 | 4.922 | 4.910 | 5.382 | 5.711 | 5.801 |
| 112 Acil Yardım Ambulans Başına Düşen Nüfus | 107.446 | 28.945 | 18.584 | 16.491 | 16.418 | 16.701 | 15.451 | 14.641 | 14.598 |
| 112 Acil Yardım Ambulansı Başına Düşen Vaka Sayısı | 620 | 814 | 1.017 | 1.028 | 1.053 | 1.113 | 1.062 | 1.297 | 1.240 |

**Kaynak:** T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2021

# BÖLÜM 3:

# Sağlık İnsan Kaynakları

# Sağlık Çalışanları

**GÜÇLÜ YÖNLERİ:**

1. Malpraktis davalarında hukukun tazminata hükmetmesi durumunda sigorta şirketinin ödediği miktar yeterli olmadığı durumlarda eksik kalan tazminatı, Sağlık Bakanlığı ödemektedir. Özel sağlık sektörüde bu kapsam içerisindedir.

2. Türkiye de yaklaşık 171 (203.935) bin doktor görev yapıyor. Bunların dağılımı: 88.000 (96.243) uzman, 50.000 (56.895) pratisyen ve 33.000 (50.797) asistan doktor şeklindedir. Diş hekimi 40.833, Eczacı 39.435 kişidir. Doktorların 104.000'I (127.347) Sağlık Bakanlığı'nda, 36.000'I (40.501) üniversitelerde ve 31.000'i (36.087) ise özel sektörde çalışmaktadır. Şu an için hekimler aşırı iş yüküyle karşılaşsalar da sistem sürdürülebilmektedir.

3. Atamalar bilgisayar ortamında yapılmaktadır.

4. Performans sistemi getirilerek sağlık personelinin motivasyonu sağlanmıştır.

5. Doktor dışı diğer sağlık personelinin görev tanımları yönetmelikle yapılmıştır.

6. Sağlık personelinin dağılımı dengesiz, iş yükü çok fazla olmasına rağmen sistem sürdürülebilmektedir.

7. Taşeron firma çalışanları kadroya alınarak çalışma barışı sağlanmıştır.

8. Beyaz kod uygulaması ile sağlık çalışanlarının güvenliği arttırılmıştır.

9. Kamuda sağlık işçilerinin yeniden kadrolu işçi statüsüne kavuşturulması oldukça önemli bir gelişmedir.

10. Çoğunluğu taşeron işçiliğinden 696 sayılı KHK ile kadroya alınan bu işçilerin, eski kadrolu ve İŞ-KUR üzerinden alınan daimi işçilerle birlikte istihdamı, devlet hizmetinin devlet işçisi eli ile gördürülmesi sistemi güçlü kılmaktadır.

11. Yeni istihdam edilen sağlık çalışanlarının eğitim, donanım, teknolojiyi kullanma, meslekte yükselme, yabancı dil vs konusundaki donanımının geçmiş yıllardaki personel yeterliliğine göre olumlu yönde yükseliş seyretmesi, sağlık çalışanlarının kalite-verim-donanım üçgeninde belirli bir seviyeye geldiğinin de göstergesidir.

**GÜÇLENDİRİLMESİ GEREKEN YÖNLERİ:**

1. Türkiye'de 100 bin kişiye 174 (239) hekim düşmektedir. AB ortalaması 326, tüm Avrupa ülkeleri ortalaması 332 hekim şeklindedir. Türkiye, kişi başına düşen hekim sayısı bakımından Avrupa'da 52 ülke arasında 50. sıradadır. Olaya bütünüyle baktığımızda, Türkiye'de hekim sayısı yönünden giderek artan ciddi bir sorun bulunmaktadır. Yılda 15000 öğrenci Tıp Fakültelerine alınmaktadır. Toplam ihtiyaç 239 bin hekim, mevcut 171 bin hekimdir.

2. Döner sermaye sistemi gelecek için kesinlikle bir güven vermemektedir. Sağlık bakanlığı sadece bir üst limit belirlemekte ancak verilecek asgari miktar konusuna karışmamaktadır.

3. Sağlık personeli performans ücretinin adaletsiz olmasından şikâyetçidir.

4. Sağlık çalışanları yapılan kötü propagandalar ve basında çıkan uç örnekler nedeniyle itibar kaybı yaşamakta ve giderek daha çok şiddete maruz kalmaktadır.

5. SGK, doktorların birçok ilacı yazma hakkını elinden almaktadır. Uzman doktorun hatta üst ihtisas yapmış doktorun ilaç yazması, sadece üniversitelerde yazılabilmesi gibi kısıtlamalar yapılarak hem hekimlerin mesleklerine saygı gösterilmemekte hem de vatandaşın ilaca çok zor ulaşabileceği şartlar getirilmektedir. Örneğin bir ilacın ancak endokrinoloji uzmanı tarafından yazılacağı hükme bağlanmaktadır. Hâlbuki Türkiye de sadece 200 civarında endokrinoloji uzmanı vardır. Birçok il merkezinde bile endokrinoloji uzmanı bulunmamaktadır.

6. SGK birçok alanda Sağlık Bakanlığı ile çekişmeler yaşamakta ve giderek sağlık politikalarını belirler hale gelmektedir. Vatandaşımız birçok konuda hakkını yeterince arayamadığı için hastalar mağdur olmaktadır.

7. Pratisyen hekimlere toplumda gereken güven ve itibarın azalması hem hekimleri psikolojik olarak yormakta hem de sağlık sistemindeki yığılmalara sebep olmaktadır.

8. Nöbet ücretleri sınırlı ödenmektedir.

9. Performans sistemi ciddi suistimallere neden olmaktadır. Hastalara gereksiz tetkik ve tedaviler yapılabilmektedir.

10. SABİM, CİMER, Alo 184 sağlık personeline karşı bir baskı aracı olarak kullanılmaktadır.

11. Bazı yöneticiler doktorlara baskı yaparak endikasyon dışı işlem yapmaya zorlamaktadır. Çalışanlar performans hedeflerini tutturmaya zorlanmaktadır.

12. Sabit döner sermayelerin hastanelerin döner sermaye bütçesi üzerindeki yükü arttırması, kanunen dağıtılabilir döner sermaye oranının büyük bir bölümünün sabit döner sermayeye ayrılması sonucu hastanelerde performanstan ek ödeme dağıtımı reel olarak gerçekleşememekte ve mahsuplaşma yapılmaktadır.

13. Aynı işi/performansı yapan/üreten uzman hekimler farklı hastanelerde farklı ek ödeme almaktadır.

14. Kadrolu işçilerin bir kısmının yüksek maaş almaları sebebi ile çalışma barışında bozulmalar görülmektedir.

15. Mevcut sistem içerisinde riskli ve özellikli işlemler yeterince doğru belirlenememekte, hekimler teşvik edilememekte, hekimler arası denge ciddi anlamda bozulmakta ve özellikli işlemler daha çok cerrahi branşlardan belirlenmekte ve dahili branşlar göz ardı edilmektedir.

16. İşçi-işveren arasında imzalanmış olan Toplu İş Sözleşmesi'nin uygulanmasında kurumlar arasında problem yaşanmakta, uygulama birliği sağlanamamaktadır.

17. Tüm sağlık çalışanlarının mesai saatleri ILO sözleşmeleri gereği 12 saati aşmamalıdır.

**TEKLİFLER:**

1. Sağlık personelinin güncel aldığı maaşlar, ek ödeme, döner sermaye emekli aylığı için hesaba katılmalıdır.

2. Hekim ve diğer sağlık personeli açığı giderilmelidir. Ancak fizyoterapistlerde olduğu gibi hesapsız açılan okullar işsizliğe de sebep olmamalıdır.

3. Sağlıkta şiddetin önüne geçmek için toplum ve medya bilinçlendirilmelidir.

4. Tüm sağlık çalışanlarının nöbet ücretleri arttırılmalı, maaşlarıyla orantılı olarak ödenmelidir.

5. Sağlık Bakanlığı İş Kanunu mesai haddine uymalıdır. Yıllık yapılan fazla mesai saati toplam 270 saati geçmemelidir.

6. SGK'nın yapılan muayene, tetkik ve tedavi bedelleri enflasyon oranlarıda göz önüne alınarak her yıl güncellenmelidir.

7. Sağlık çalışanlarının iş şartları bazı branşlarda çok ağırdır. Kamu çalışanları için şartlar belirlenerek İsteyen çalışan daha az çalışabilmeli, ücreti de bu ölçüde azaltılabilir.

8. Sağlık Bakanlığının yıllık global bütçesi belirlenirken reel bir bütçe belirlenmesi ve bütçenin önceki yıllara göre artış oranının daha fazla olması gerekmektedir.

9. Mevcut bekleyen sağlık personeli acilen devlet tarafından işe alınmalı ve bundan sonra da üniversitelere genel ihtiyacın üzerinde sağlık branşlarında öğrenci alınmamalı. Gerçekçi bir planlama ile kamu ve özel sağlık personeli ihtiyacı karşılanmalıdır.

10. Daimi işçi statüsünde çalışmakta olan personele şu anda uygulanmakta olan ve her bir kurumda ayrı ayrı gerçekleştirilen maaş tahakkuk işlemlerinin yüzlerce kurumun her birinde ayrı ayrı gerçekleştirilmesi yerine, çalışma verilerinin ( nöbet, fazla mesai, gece mesaisi, resmi tatil veya bayram çalışmaları ya da toplu iş sözleşmesi gereği belirlenmiş olan diğer sosyal haklar) kurumlara açılacak ortak yazılım ekranlarına girilmesi suretiyle tek bir merkezden gerçekleştirilmesi uygun olacaktır.

11. İşçi personelin eğitim durumları ve fiilen yürüttükleri işler dikkate alınarak unvan tahsisi işlemi gerçekleştirilebilir ve unvan tahsisini müteakip her bir unvanın karşılığı görev tanımlamaları da net bir şekilde sistem üzerinden yapılabilir. Sağlık Bakanlığı bünyesinde çalışmakta olan işçilerin eğitim durumları sisteme işlenmelidir.

12. Görevde yükselme hakkı verilerek ÇKYS üzerinde unvanı, görev tanımlaması, eğitim durumu ve fiilen yürüttüğü işi belirlenmiş olan personelden özellikle yüksekokul, lisans ya da yüksek lisans mezunu olan kişilere görevde yükselmenin önü açılmalıdır.

# Sağlıkta Şiddet

**GÜÇLÜ YÖNLERİ**

1. Sağlıkta şiddetin önlenmesine yönelik yasal düzenlemeler yapılmış, şiddet uygulayanlara yaptırımlar artırılmıştır.

2. Sağlıkta şiddet kavramı en üst mercilere kadar yöneticilerin gündemine girmiştir.

3. Şiddete uğrayan personelin hızlıca bildirim yapabileceği, hukuk desteği alabileceği "Beyaz Kod Uygulaması" hayata geçirilmiştir.

**GÜÇLENDİRİLMESİ GEREKEN YÖNLERİ**

1. Sağlık başta olmak üzere birçok meslek kolunda Dünya'da şiddet olgusu giderek artmaktadır. Ancak sağlıkçılar diğer meslek kollarına göre 16 kat daha fazla şiddet ile karşı karşıya kalmaktadır.

2. Toplum yazılı / görsel basın veya sosyal medya kanalıyla giderek artan oranda şiddet fikri ile karşı karşıya kalmaktadır. İletişim kanallarını kullanma, empati yapma alışkanlığı azalmıştır.

3. Ahlak kavramı yerini "Güçlü olan kazanır" kavramına bırakmıştır.

4. Şiddet olaylarının artması toplumda devlet kurumlarına olan güven duygusunu azaltmaktadır.

5. Sağlıkta son dönemde yaşanan hızlı gelişim, hasta ve yakınlarında hızlı hizmet alacağı, hemen tedavi olacağı fikrini artırmıştır.

6. Başta hastane acil servisleri olmak üzere birçok serviste mevcut personel sayısı ve altyapı hizmet talebini karşılamakta zorlanmaktadır.

7. Hastane acil servislerinde triyaj yapılmasına hastalar direnç göstermektedir.

8. Basında sürekli sağlıkta şiddet haberlerinin verilmesi, şiddet olgusunu artırmaktadır.

9. Son dönemde sağlıkta şiddete yönelik yasal düzenlemeler sağlıkçı lehine iyileştirilmiş olmakla birlikte uygulamada bu durum tam olarak yakalanamamıştır. Adalet sağlayıcı makamlar sağlıkta şiddet hükümlerini uygulamaya direnç göstermektedir.

10. Hastanelerde güvenlik hizmetleri yetersizdir.

**TEKLİFLER**

1. Toplumda şiddet olgusunu engellemeye, ahlak kavramını geliştirmeye yönelik çok paydaşlı çalışmalar yapılmalıdır.

2. Medya, politikacılar, sivil toplum kuruluşları, kanaat önderleri şiddeti teşvik edici beyanatlardan kaçınmalıdır.

3. Topluma şifayı verenin Allah olduğu öğretilmelidir. Hastann ve sağlık personelinin şifa hususunda vesile olduğu anlatılmalıdır. Hastanelerin uygun yerlerine "Yaşamı veren, ölümü veren Allah'tır.", "Şifayı veren Allah'tır." Tarzında levhalar asılmalıdır.

4. "Sağlıkta Şiddetin Önlenmesi Ulusal Eylem Planı" tüm sektörlerin desteğiyle hazırlanmalı, topluma açıklanmalı, kararlılıkla bir bütün olarak uygulanmalıdır.

5. Şiddete yönelik başta hastane acil servisleri olmak üzere, sağlık tesislerinde gerekli fiziksel önlemler artırılmalı, güvenlik tedbirleri gözden geçirilmelidir.

6. Hasta Hakları ve Hasta İletişim Birimleri gibi üniteler desteklenmeli; buralara, insan ilişkilerinde başarılı, iletişim becerisi yüksek görevliler yerleştirilmelidir.

7. Hasta ve yakınlarıyla yoğun temasın olduğu birimlere deneyimli personel yerleştirilmeli, hasta ve yakınları hastalıklarına ilişkin yeterince bilgilendirilmeli, hasta mahremiyetine özen gösterilmelidir.

8. Şiddet vakalarında Sağlık Bakanlığı, Meslek Örgütleri, Barolar ortak hareket etmeli, tepkiler ortak ve uygun sertlikte verilmelidir.

## Sağlık İnsan Gücü İstatistikleri

**Tablo 21:** Sağlık Personeli Sektörlere ve Unvanlara göre Dağılımı, 2021

| | Sağlık Bakanlığı | Üniversite | Özel | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| **Uzman Hekim** | 45.672 | 16.228 | 31.617 | 93.517 |
| **Pratisyen Hekim** | 47.216 | 807 | 5.012 | 53.035 |
| **Asistan Hekim** | 14.360 | 22.657 | - | 37.017 |
| **Toplam Hekim** | 107.248 | 39.692 | 36.629 | 183.569 |
| **Uzman Diş Hekimi** | 1.077 | 2.125 | 3.337 | 6.539 |
| **Diş Hekimi** | 10.528 | 362 | 19.841 | 30.731 |
| **Asistan Diş Hekim** | 30 | 2.551 | - | 2.581 |
| **Toplam Diş Hekimi** | **11.635** | **5.038** | **23.178** | **39.851** |
| **Eczacı** | 4.033 | 728 | 32.450 | 37.211 |
| **Hemşire** | 155.588 | 37.021 | 39.833 | 232.442 |
| **Ebe** | 54.178 | 925 | 2.805 | 57.908 |
| **Diğer Sağlık Personeli** | 142.712 | 21.617 | 55.301 | 219.630 |
| **Diğer Personel ve Hizmet Alımı** | 252.626 | 73.338 | 155.347 | 481.311 |
| **Toplam Personel** | 728.020 | 178.359 | 345.543 | 1.251.922 |

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021

**Tablo 22:** İBBS-1'e ve Unvanlara Göre 100.000 Kişiye Düşen Personel Sayısı, 2021, Tüm Sektörler

| İBBS-1 | Uzman Hekim | Pratisyen Hekim | Toplam Hekim | Diş Hekimi | Eczacı | Hemşire ve Ebe |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **İstanbul** | 148 | 58 | 267 | 64 | 47,0 | 307 |
| **Batı Marmara** | 99 | 65 | 189 | 40 | 43,2 | 357 |
| **Ege** | 119 | 60 | 225 | 48 | 48,5 | 352 |
| **Doğu Marmara** | 99 | 57 | 191 | 46 | 40,0 | 328 |
| **Batı Anadolu** | 156 | 54 | 316 | 64 | 50,5 | 407 |
| **Akdeniz** | 101 | 62 | 195 | 46 | 48,0 | 328 |
| **Orta Anadolu** | 88 | 70 | 189 | 39 | 43,9 | 379 |
| **Batı Karadeniz** | 89 | 73 | 187 | 40 | 42,5 | 389 |
| **Doğu Karadeniz** | 96 | 79 | 204 | 39 | 44,2 | 404 |
| **Kuzeydoğu Anadolu** | 79 | 77 | 182 | 30 | 31,3 | 376 |
| **Ortadoğu Anadolu** | 80 | 73 | 177 | 32 | 31,9 | 370 |
| **Güneydoğu Anadolu** | 68 | 65 | 148 | 27 | 35,4 | 284 |
| **Türkiye** | 110 | 63 | 217 | 47 | 43,9 | 343 |

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021

# BÖLÜM 4:

# Sağlık Eğitimi

# Temel Sağlık Eğitimi ve Okul Sağlığı

**GÜÇLÜ YÖNLERİ**

1. Gelişim çağındaki çocukların bir arada bulunmasının sağladığı takip ve tedbir kolaylığı elde edilmiştir.

2. Koruyucu sağlık hizmetlerinin (bağışıklama ve aşı hizmetleri başta olmak üzere) fire verilmeden yapılmasına imkân sağlanmıştır.

3. Akran eğitimine imkân sağlanmıştır (diş fırçalama alışkanlığının kazandırılması vb.).

4. Okul kantinlerine yönelik gerekli düzenlemeler yapılmıştır.

5. Okul çevresinde eğlence yeri ve benzerlerine yönelik olması gereken mesafeler belirlenmiştir.

6. Okullara temiz su teminine yönelik çalışmalara hız verilmiştir.

7. Okullarda beyaz bayrak uygulaması ile gerekli hijyen ortamının sağlanması için adımlar atılmıştır.

8. Okullar ve çevrelerinde tütün ve madde kontrolüne yönelik önleyici düzenlemeler yapılmıştır.

9. Aile hekimliği sistemi ile artık her bir öğrencinin aile hekimi vardır.

10. Okul binaları son dönemde artan bir hızda iyileştirilmektedir.

**GÜÇLENDİRİLMESİ GEREKEN YÖNLERİ**

1. Öğretmen ve eğitimciler bağışıklama hizmetleri konusunda dağınık bilgiye sahiptir.

2. Bazı okullarda sağlık hizmeti verecek bir fiziksel ortam (sağlık kabini, revir vb.) bulunmamaktadır.

3. Okul sağlığı hizmetlerini sunan sağlık kuruluşları ile okul idareleri arasında koordinasyon sağlanamamıştır.

4. Bulaşıcı hastalık tespit edildiği durumlarda tedavi edici sağlık hizmetlerine erişimde sorunlar yaşanmaktadır.

5. Okullar şehir trafiğinin yoğun olduğu yerlerde (gürültü, kaza riski gibi) bulunmaktadır.

6. Okul kantinlerinin denetimi yetersizdir.

7. İl yöneticilerinin gerekli desteği vermemeleri nedeniyle okulların ancak onda biri beyaz bayrak almıştır.

8. Öğretmenler ve bazı öğrencilerin okulun hemen çıkışında sigara kullanması ve 18 yaşından küçüklere sigara satışı, tütün kontrol çalışmalarını başarısız kılmaktadır.

9. Öğrencilerin periyodik muayeneleri aile hekimlerince yetersiz düzeyde yapılmaktadır.

10. Milli Eğitim Bakanlığında okul sağlığı ile direkt ilişkili bir birim yoktur.

11. Aynı bina içerisinde aynı alanı paylaşan kişi sayısı (sınıfların kalabalığı, yetersiz tuvalet sayısı vb.) fazladır.

12. Tuvaletler başta olmak üzere fiziksel ortamın temizliği ve genel hijyenin sürekliliği sağlanamamaktadır.

13. Şehir şebeke sisteminden su temin edilen okullarda şebeke kontrolleri sırasında okul suları da kontrol edilmektedir. Ancak şehir şebeke sistemi dışında su temin edilen okulların su analizleri için belirli bir ücret ödenmesi gerektiği için analizler yapılmamaktadır.

**TEKLİFLER:**

1. Daha önce Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan okul kantini denetimleri halen Gıda Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı tarafından yapılmaktadır. Gerekli yasal düzenlemeler ile öğrencilere satılan gıda ürünleri daha sağlıklı hale getirilmiştir, ancak denetimler yetersizdir. Okul kantinlerinin denetimi İl Sağlık Müdürlüğü ekiplerince yapılmalıdır.

2. Okul su depolarının mahalli idarelerce temizlenmesi ve bakımlarının yapılması ve arıtma cihazlarının belirli bir düzende temizlettirilmesi sağlanmalıdır. Şebeke sistemi dışında su temin eden okulların analiz bedelleri için Maliye Bakanlığı tarafından Halk Sağlığı Genel Müdürlüğüne global bir bütçe temin edilmeli ve analizlerin düzenli yapılması sağlanmalıdır.

3. Okullarda çevre dostu okul, yeşil okul benzeri uygulamalar ile öğrencilerin tabiat ile buluşturulması, kimyasal ile temasın azaltılması sağlanabilir. Okullarda kullanılan malzemelerin daha az kimyasal içermesi için denetimler sıklaştırılmalı, yaptırımlar artırılmalıdır.

4. Okul bahçelerinde olduğu gibi okul girişlerinde de belli mesafelere kadar tütün kullanımı, öğrencilere sigara satışı ciddiyetle denetlenmeli, yaptırımlar sıkı uygulanmalıdır.

5. Okul çevrelerinde bar, kahve gibi eğlence yerleri belli mesafeye kadar yasaklanmıştır, ancak çeşitli gerekçelerle buna uyumun olmadığı yerler mevcuttur. Bunun önüne geçilmelidir.

6. Okul müfredatına sağlık kavramının daha etkili yerleştirilmesi gereklidir.

# İnternet ve Sosyal Medya Kullanımı

## GÜÇLÜ YÖNLERİ

1. İnternet ve sosyal medyaya erişim imkanı yüksektir. Sağlıkla ilgili bilgi edinmek isteyen insanlar internetteki web sitelerinden istedikleri bilgiye ulaşabilmektedir.

2. İnternet ve sosyal medya üzerinden sağlıkla ilişkili çok sayıda web sitesi ve uygulamaları üzerinden sağlıkla ilgili faydalı bilgilere ulaşılabilmektedir.

## GÜÇLENDİRİLMESİ GEREKEN YÖNLERİ

1. Sigara ve alkol bağımlılığında bağımlılık yapan maddeden uzak durmak tedavi sürecinde mümkünken, internet günlük hayatımızdaki birçok işte kullanıldığından sosyal medya uygulamalarını da içinde barındıran internetten uzak durmak ya da hayatımızdan çıkarmak mümkün değildir. Hayatımızla iç içe olmasından dolayı internet ile ilgili bir bağımlılıktan kurtulmak daha zor bir süreçtir.

2. Yapılan araştırmalarda sosyal medya bağımlılarının %54'ünün depresyona, %34'ünün anksiyete bozukluğuna yol açtığı, geri kalanlarında da düşük benlik saygısı görüldüğü ortaya konmuştur.

3. Sosyal medya kullanımı son zamanlarda bireylerin sedanter yaşamında giderek artan bir konumda bulunmaktadır. Zihinsel meşguliyet, hoşgörü kaybı, duygu durum bozuklukları ve kontrol kaybı gibi bir dizi semptom da geçmiş çalışmalarda rapor edilmiştir. Göz rahatsızlıkları, el bilek ağrıları, bel, sırt ve boyun rahatsızlıkları, baş ağrıları, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu gibi problemlerle karşılaşılmaktadır.

4. Sosyal medya kullanımının bağımlılığa dönüşmesi, bilişsel, duyuşsal ve davranışsal süreçler ile gelişerek kişinin hayatındaki özel, iş/akademik, sosyal alan gibi günlük yaşamının pek çok alanında meşguliyet, duygu durum düzenleme, tekrarlama ve çatışma gibi problemlere yol açan psikolojik bir sorundur.

5. Bireyler, sosyal medyada aşırı vakit geçirmesiyle doğan zaman yönetimini sağlayamamaktadır. Kontrolsüz kullanıma dair bilgi eksikliği mevcuttur.

6. Sağlıkla ilgili internet sitelerinin web sitelerindeki bilgilerin çok farklı meslek grupları tarafından yazıldığı yanlış bilgilerin kopyalama yöntemi ile çok sayıda sitede yayınlandığı ve bununda toplumu karar almada yanlış yönlendirdiği görülmektedir.

7. Sosyal medyada yetkisiz, uzmanlık alanı tıp branşlarından olmayan kişiler kendi uzmanlık alanı dışında içerik üretmektedirler. Bu içerikler toplum sağlığına ciddi anlamda zarar vermektedir.

**TEKLİFLER**

1. Bireyleri sosyal medyadan uzak tutmaya çalışmak yerine, sosyal medyadan olumlu yönde nasıl faydalanabileceklerinin öğretilmesi sağlanmalıdır.

2. Bağımlılığın en çok görüldüğü yaş aralığı dikkate alındığında orta öğretimde sosyal medya dersinin zorunlu ders olarak müfredata konulmalıdır.

3. Hemen hemen her semtte yapılmış olan aile yaşam merkezlerinde ortaokul ve lise öğrencilerine yönelik olarak kültür-sanat aktiviteleri düzenlenmesi ve "bir birey bir enstrüman" temasıyla her bir öğrencinin farklı aktivitelere yönlendirilmesi sağlanmalıdır.

4. 21. yüzyılın görsel-işitsel kültürüne uygun şekilde grafik sanatçılarının sosyal medya bağımlılığı ile ilgili yaptığı afişlerden oluşan ve şehirleri gezen bir açık sergi oluşturulmalıdır.

5. Sosyal medya bağımlılığının belirtileri ve oluşabilecek sağlık sorunları konusunda Sağlık Bakanlığı tarafından eğitim programları hazırlanmalıdır.

6. Sosyal medya mağımlılığının önlenmesine yönelik olarak okul-veli-öğrenci üçgeninde program yapılmalıdır.

7. Sağlık Bakanlığı sağlığın medya yolu ile zarar görmemesi hususlarında sorumluluk almalıdırlar. Bunun önlenmesine yönelik mekanizmalar geliştirilmelidir.

8. Bu mekanizmaya Adalet Bakanlığı, BTK (Bilgi ve Teknolojileri Kurumu) ve RTÜK (Radyo ve Televizyon Üst Kurulu) dahil edilmelidir.

9. Sağlıkla ilgili web sitelerine bilgi sağlayan kişilerin, Sağlık Bakanlığınca onaylanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

# Sağlık Eğitimi

**GÜÇLÜ YÖNLERİ:**

1. Pandemi uzaktan eğitimin yaygınlaşmasına katkı sağlamıştır. Bazı teorik eğitim dökümanlarına ulaşmak açısından uzaktan eğitim faydalı olmuştur.

2. Türkiye'de hekimlerin ve sağlık personelinin eğitimi bazı aksaklıklara rağmen belli bir seviyede verilmektedir. Dağılımın ve istihdamın bozuk olmasına rağmen sistemi yürütebilecek sayıda hekim ve sağlık personeli bulunmaktadır.

3. Tıp Fakülteleri sağlık sisteminin üst düzey taleplerini yerine getirebilmektedir.

4. Eğitim ve Araştırma hastaneleri Türkiye genelinde Sağlık Bilimleri Üniversitesi çatısı altında birleştirilmişlerdir. Bu da uzmanlık eğitiminde standardı yükseltmiştir.

5. Üniversite sınavında ilk 50.000'e girenler tıp fakültesini tercih edebilmektedirler.

**GÜÇLENDİRİLMESİ GEREKEN YÖNLERİ:**

1. Tıp, Eczacılık, Diş Hekimliği gibi bazı dallarda eğitimlerin önemli bir kısmı pratik eğitime dayanmaktadır. Pandemi döneminde pratik eğitimler aksamıştır.

2. Sağlık eğitiminde saha uygulaması ile eğitim müfredatı farklı olabilmektedir. Mezun olan tıp doktoru reçete yazmakta zorlanmakta, eczacı teorik olarak güçlü ama pratik olarak zayıf kalabilmektedir. Yetersiz ve yeni olan birçok Tıp Fakültesinde çok sayıda hekim ve uzman hekim yetiştirilmektedir. Bu konuda etkili bir denetim ve planlama mekanizması yoktur. Yukarıda sayılan sorunlarla birlikte iyi yetişmiş hekim oranı hızla azalmaktadır. Bu durum gelecekte büyük bir halk sağlığı sorunu olarak Türkiye'nin önüne çıkabilecektir.

3. Tıp Fakültesi sayı olarak arttırılarak yaygınlaştırılması tıpta eğitim seviyesinin düşmesine sebep olmuştur. Yıllık öğrenci kontenjanı 4.500'den 15.000'e çıkarılmıştır. Kadavra görmeden mezun olan tıp öğrencileri vardır.

4. Üniversite hocalarının özel hastanelere geçmesi veya muayenehanelerinde çalışmaları Tıp Fakültelerindeki öğretim kadrosunun sayı ve kalitesini düşürmektedir.

5. Tıp fakülteleri tetkik ve tedaviler için aylar sonrasına randevu verir hale gelmiştir.

6. Tıp fakültesi öğrencileri 4.sınıftan itibaren TUS sınavına hazırlanmaktadırlar. TUS dershanelerine gitmektedirler. TUS'un önceliklendirilmesi hastane pratik eğitimlerini ikinci plana atmaya sebep olmaktadır.

7. Tıp Fakültelerinin, Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Fakültelerinin çok artması ve uygun olmayan yerlerde açılması, yeterince öğretim elemanının olmaması sebebi ile eğitim standard düşmekte, özellikle pratik eğitimler yeterli nitelikte olmamaktadır.

**TEKLİFLER**

1. Üniversite hastaneleri profesyonel yönetim ilkelerini benimsemelidir. Akademik kadrolarca yönetilmekten vazgeçilmelidir.

2. Üniversitelerdeki akademik çalışmalarda üretime yönelik çalışmaların desteklenmesi gerekmektedir. Bilimsel etkinliklerin değerlendirilmesi, akademisyenlerin etkin çalışmalar yapması ve geniş açı ile olaya bakmaları sağlanmalıdır.

3. Tıp Fakültesi son sınıf öğrencilerine zorunlu ders olarak "İletişim Dersi" verilmeli ve meslek hayatları boyunca belli dönemler halinde tekrarlanmalıdır.

4. Tıp Fakültesi öğretim üyeleri poliklinik yada tedavi hizmetlerinden, eğitim hizmetlerine daha çok vakit ayıracak maaş ve özlük düzenlemeleirinin yapılması.

# BÖLÜM 5:

# İlaç ve Tıbbi Cihaz Sektörü

# İlaç ve Tıbbi Cihaz Sektörü

**GÜÇLÜ YÖNLERİ:**

1. Türkiye'de yaygın bir eczane ve ilaç temin ağı mevcuttur.

2. Serbest eczanelerin neredeyse tamamı SGK ile anlaşma yapmıştır.

3. Türkiye'de bugün 35 bin eczacı mevcuttur. Bu sayı gelişmiş ülkeler ortalamasına yakındır.

4. Türkiye genelinde halen 52/57 Eczacılık Fakültesi mevcuttur.

5. Hekim dışı tedavi uygulayıcılarının uyguladıkları işlemi tedavi olarak yansıtması yasal olarak engellenmiştir.

6. Türkiye'de birkaç cihaz dışında Türkiye'nin ihtiyacı olan tüm tıbbi cihazların üretimi ülkemizde yapılmaktadır.

**GÜÇLENDİRİLMESİ GEREKEN YÖNLERİ:**

1. Türkiye, sağlık sektöründe ilaç, sağlık malzemesi ve teknik donanımda büyük oranda dışa bağımlı durumdadır. Bu hal, ülke gelirlerinin büyük oranda yurtdışına aktarılmasına yol açmaktadır. Orijinal ürünlerin 2011 de değer bazında %59'luk bir piyasaya sahip olduğu Türkiye ilaç pazarı bu kategorideki ilaçların büyük bölümünü ithalat ile karşılamaktadır. İthal edilen orijinal ilaçlar cari açığı oluşturan en önemli kalemlerden birini oluşturmaktadır. İthal edilen orijinal ilaçlar 2005 yılında değer bazında toplam pazarın %37 si iken 2011 itibariyle bu oran %45 e yükselmiştir. Yerel üretim orijinal ilaçların payı ise aynı dönemde %23 ten %14 e düşmüştür.

2. Gereksiz yere birçok yeni eczacılık fakültesi açılmaktadır. Hâlbuki Türkiye kişi başına düşen eczacı sayısı itibariyle Avrupa ortalamalarına yakındır. Bu konuda bir açık bulunmamaktadır.

3. Eczanelerin giderleri çok fazlayken, ilaç kar oranları düşmüştür.

4. Eczacılık Fakültesi mezunu sayısı arttıkça daha fazla iş kaygısı oluşmaktadır.

5. Tıbbi cihaz sektöründe ürün tasarımı, üretimi ve pazarlaması konusunda hizmet veren teknik personelin tıbbi cihaz regülasyonları ile ilgili yeterli bilgi seviyesine sahip olmaması, ürün güvenliği açısından bir takım riskler oluşturmaktadır.

6. Ülkemiz sanayisinin en temel sorunlarından biri yeterli nitelikte ara elemana ihtiyaç olmasıdır. Nitelikli ara eleman yetiştirmenin temel kriteri iyi bir eğitim ve öğretim programının uygulanmasıdır. Özellikle staj sürelerinin kısa tutulması, öğrencilerin sektörü tanımalarını zorlaştırmaktadır.

7. Yerli üretimin en temel sorunlarından biri de, prototipi üretilen tıbbi cihazların ticarileştirilememesidir. Günümüzden geçmişe doğru gidildiğinde teşvik dağıtan bir çok kurumumuzun

arşivlerinde, prototip niteliği taşıyan çok sayıda tıbbi cihaz projesi olduğu ve maalesef bu prototiplerin piyasaya arz edilebilecek ürün haline dönüşmediği görülebilmektedir.

8. Ülkemizde tıbbi cihaz üretimi yapan firmalarımızın büyük çoğunluğu, üretmiş olduğu tıbbi cihazların komponentlerini ithal ettiğinden dolayı yurt dışına bağımlı olarak faaliyet göstermektedir. Bundan dolayı, hem döviz kurundaki hareketlilik hem de ithal edilen parçalar için ödenen %20 KDV oranı, yerli üretimi engelleyici nitelik taşımaktadır. Bununla birlikte nihai ürüne dönüştürülen tıbbi cihazlar için %10 KDV oranı uygulanmaktadır. Bu durum ise yerli üreticilerimizi olumsuz etkilemektedir.

9. Sağlık profesyonellerimizin yerli üretici ve ürüne olan olumsuz ön yargısı, yerli ürünlerin yaygınlaşmasına engel olduğu düşünülmektedir. Aynı zamanda, sağlık hizmet sunucuları tarafından hazırlanan teknik şartnameler, çoğunlukla yerli üreticilerimize avantaj sağlamamaktadır.

10. Üreticilerimiz, Yerli Malı Tebliği kapsamında yerli malı belgesi almakta zorluk çekmekte ve %15 fiyat avantajından yararlanamamaktadır.

11. Ülkemizde tıbbi cihazların geri ödemesinde aktif rol oynayan kamu kurumu Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)'dur. SGK tarafından geri ödemeye ilişkin oluşturulan her tür doküman ve düzenleme yerli üreticilerimizi doğrudan etkilemektedir. Özellikle SGK'nın geri ödeme politikalarında ürünler için bir kalite sınıflaması yapmayıp sadece fiyat avantajı sağlayan ürünlere yönelik aksiyon alması, sağlık hizmet sunucularında kaliteli tıbbi cihaz kullanımını olumsuz etkileyip, üreticilerimizi kaliteli ürün vizyonundan uzaklaştırmaktadır.

12. Ülkemiz üretim politikalarının temel yapı taşları kamu, üniversite ve sanayidir. Yıllardır bu üç unsur arasındaki, iletişim ve ortak paydada bir araya gelememe problemi, yerli üretime yönelik doğru adımların atılmasını engellemiştir. Özellikle üniversite ve sanayinin aynı dili konuşamaması ve farklı kaygı ve beklentilerin ön plana çıkması; bilimsel yöntemlerin sanayide etkin uygulanması veya sanayinin isteklerine göre akademik çözümlerin yansıtılması noktasında aksaklıklar oluşturmaktadır.

13. Sağlık sektöründe hastanelerin medikal, sarf ve cihaz temininde ödemeler uzun vadeye yayıldığı için üreticiler zorlanmaktadırlar. Bu sebeple ihaleye giderken afaki karlar koyarak ihaleye girmektedirler. Buda kamu sağlık sektörünün pahalıya ürün temin etmesine sebep olmaktadır.

14. Kamu hastanelerine Tıbbi Cihaz ve alet alımında uygulamaya konulan sağlık market, özellikle küçük yerli işletmeler açısından ciddi sıkıntılar oluşturmaktadır. Bazı büyük firmaların sektörde tekel haline gelmesine yardımcı olmaktadır.

15. Göçmenlere yönelik yazılan reçetelerin ilaç takip sistemine dahil olmaması ciddi suistimal ve maddi kayıplara neden olmaktadır.

**TEKLİFLER:**

1. Eczane sayısı yerleşim yerlerinde nüfusa göre belirlenmelidir. Bu sayılar aşılmamalıdır.

2. Yerli ilaç tercih edilmelidir.

3. Aktarlar 2 yıllık eczacılık kalfalığı mezunu olmalıdır. İleriki dönemde Eczacıların mesul müdür olması tartışılabilir.

4. Aktarlara yönelik eczacıların danışmanlık hizmeti verdiği Danışman Eczacılık Sistemi getirilmelidir.

5. Tarım Bakanlığı onaylı Gıda Takviyesi üretim tesisleri için Eczacı Mesul Müdür olmalıdır.

6. Gıda takviyelerine yönelik güçlü bir izinlendirme ve kontrol mekanizması kurulmalıdır.

7. Gıda Takviyesi ürünleri tamamen Sağlık Bakanlığı kontrolünde olmalıdır.

8. Hekim dışı tedavi amacıyla yapılan müdahaleler nedeniyle zarar gören hastaya müdahale eden sağlıkçı / doktor karşılaştığı olumsuzluğu bildirebileceği, ilaç sektöründe olduğu gibi bir yan etki bildirim sistemi kurulmalıdır.

9. Ülkemizin orta ve uzun vadede tıbbi cihaz ihtiyaç analizleri çıkarılarak katma değeri yüksek ve ileri teknoloji ürün grupları başta olmak üzere yerli üretimin desteklenmesi önem arz etmektedir.

10. Karar alıcılar tarafından yapılacak etkin bir planlama ve oluşturulacak politikalar ile nitelikli insan gücü yetiştirilmesi için üniversite - sanayi işbirliği ile yeni programlar oluşturulması gerekmektedir.

11. İthalatı yapılan tıbbi cihazlara ilişkin ürün güvenliğine yönelik tedbirler artırılmalıdır.

12. Firmalara, satmış oldukları tıbbi cihazlarla ilgili satış sonrası hizmet sorumlulukları getirilmelidir.

13. Ülkemizde yerli üretimi mevcut olan tıbbi cihaz ve malzemelerin envanteri çıkarılarak, doğru strateji ve politikalarla, yerli üreticiler özellikle teşvik ve kamu satın alımları ile desteklenmeli böylece dışa bağımlılıkları azaltılmalıdır.

14. Tıbbi cihaza yönelik organize sanayi bölgeleri oluşturulmalıdır.

15. Üretimi kolay ve tüketimi oldukça fazla olan tıbbi sarf malzemelerinin yerli üretimi desteklenmelidir.

16. Sektörün bilinçlendirilmesine yönelik tanıtım, eğitim, bilgilendirme platformları oluşturulmalıdır.

17. Sektörle ilgili piyasa gözetim denetim konusunda yapılmakta olan denetimlerin ulusal ölçeğe yayılarak, teknik mevzuata aykırı ürünlerin satışa arzı engellenmelidir.

18. Sektör ve akademisyenleri bir araya getirecek çalışmalar düzenlenerek bilginin ürüne dönüşmesi sağlanmalıdır.

19. Tıbbi cihaz sektörünün gelişmesi için sektöre özel kamu destek ve teşviklerinin artırılması, yerli malı alımlarına getirilen %15 fiyat avantajının daha etkin uygulanması için net bir politika oluşturulmalıdır.

20. Türkiye'nin küresel pazarda özellikle üretim konusunda önemli bir yere sahip olabilmesi için Sanayi İşbirliği Programları (SİP) çerçevesinde uluslararası işbirlikleri artırılarak yerli üretimde yüksek teknolojili tıbbi cihazlara geçiş süreci hızlandırılmalıdır.

21. Ülkemizde test laboratuvarlarının belirli bir standarda erişmesi sağlanmalı ve akredite test laboratuvarlarının kurulması desteklenmelidir.

22. Mesleki eğitim veren tüm kuruluşlar, öğrencilerin sektörü tanımaları ve uygulama becerilerini artırmalarına yönelik staj programlarını geliştirmelidir.

23. Göçmenleride ilaç takip sistemine dahil edilmesi.

24. Yerli aşı, ilaç, tıbbi cihaz üreticilerinin üretim maliyetlerini desteklemek yurtdışı satışları organize edecek, Türkiye önderliğinde PAHO (Pan America Health Organization) benzeri birlikler oluşturulmalıdır.

# Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp (GETAT)

**GÜÇLÜ YÖNLERİ:**

1. Ülkemizde, Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp (GETAT) 2000'li yıllardan önce tıp uygulamaları arasında kabul görmemekte iken son yıllarda GETAT'a olan ilgi artmaktadır ve bu her geçen gün kabulünü artırmaktadır.

2. Bu durumda T.C. Cumhurbaşkanlığı himayelerinde kongrelerin düzenlenmesi ve T.C. Sağlık Bakanlığı'nın aldığı kararlar etkili olmuştur.

3. Geleneksel, Tamamlayıcı ve Fonksiyonel Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı 2014 yılında kurulmuş olup GETAT uygulama yönetmeliğinde 15 farklı uygulama alanı tanımlanmıştır.

4. Kurulmuş olan Daire Başkanlığı aracılığıyla eğitime ilişkin standartlar belirlenmiş, GETAT uygulayıcılarının nitelikleri tanımlanarak yetkilendirme bakanlık kontrolüne alınmıştır. Böylelikle yüksek nitelikli eğitim ve uygulamalar gerçekleştirilmeye başlanılmıştır.

5. Daire Başkanlığı aracılığıyla GETAT uygulama alanlarında faaliyet gösterecek merkezlere ait ruhsat düzenlenmesi ve iptali gibi faaliyete ilişkin işlemler standarda bağlanmıştır.

6. Ülkemizdeki GETAT eğitimi üniversitelerde kurulan GETAT Anabilim Dalları, yüksek lisans ve doktora programları, uygulama ve araştırma merkezlerinin yanı sıra eğitim ve araştırma hastanelerinde verilmesi ile daha nitelikli bir hale gelmiştir.

7. Kamu hastanelerinde GETAT uygulama merkezi sayıları artırılmış daha fazla vatandaşa daha nitelikli uygulamalar hijyenik şartlarda sağlanmıştır.

8. Özel sektörde de çeşitli düzenlemeler yapılmış olup, yetkin kişilerle yaygın uygulamalar öne çıkarken, izinlere aykırı faaliyetler ve tanıtımların durdurulması sağlanmıştır.

**GÜÇLENDİRİLMESİ GEREKEN YÖNLERİ:**

1. Kamu hastanelerinde hekimlere performansa dayalı ek gelir elde edecekleri bir sistem uygulanmaktadır. GETAT uygulayan sertifikalı hekimler, yaptıkları uygulamadan ek gelir elde edemedikleri gibi GETAT uygulamasında geçirdikleri zamanlarda normal muayene ve ameliyat vs. yapamadıkları için dolaylı bir ek gelir kaybına da uğramaktadırlar. Bu durum bir süre sonra GETAT uygulayan hekimin birimden ayrılmasına ve ilgili uzmanlık alanına dönmesine neden olmaktadır.

2. GETAT uygulamalarının bakanlık bünyesindeki kamu hastanelerinde yapıldığı halk tarafından tam bilinmemektedir, tanıtım eksikliği bulunmaktadır.

3. GETAT uygulamaları her ne kadar artsa da uygulamalara yönelik çekinceler devam etmektedir.

4. Üniversitelerde son yıllarda GETAT Anabilim Dalı, yüksek lisans ve doktora programları açılmasına rağmen sayıları oldukça azdır.

5. Üniversite ve kamuda bulunan GETAT uygulama merkez sayısı son yıllarda artmış olmasına rağmen halen sayıca azdır, yapılan uygulama çeşitliliği yetersiz kalmaktadır.

6. Uygulanan GETAT eğitimlerinin ücretleri yüksektir, fiyat yüksekliği sebebiyle bazı eğitimlerde kontenjan dolamamaktadır.

7. Akupunktur gibi bazı GETAT eğitimlerinin süresinin uzun olması, hekimlerin eğitim almadaki kararlarını olumsuz etkilemektedir.

8. Son yıllarda verilen eğitim, gerçekleştirilen sempozyum, kongre ve proje sayısında artış olmasına rağmen kitlelere hitap eden geniş ölçekli eğitim ve çalışmalar halen eksiktir.

9. Araştırma amaçlı yapılacak çalışmalar için etik kurullarda olumsuz bakış devam etmekte ve GETAT ile ilgili çalışmalar desteklenmemektedir.

10. GETAT ile ilgili denetimler artırılsa da halen sertifikalandırılmamış, eğitimi olmayan kişilerce, hijyenik olmayan koşullarda uygulamalar devam etmektedir.

**TEKLİFLER:**

1. Kamu hastanelerinde GETAT uygulamalarının performans sistemine tanımlamalarının yapılması gerekmektedir. GETAT ile ilgilenen hekimler gelir kaybına uğramamalıdır. Getat uygulamalarının fiyatlarının arttırılması bu durumu düzeltebilir.

2. Üniversitelerde GETAT ile ilgili araştırma merkezleri kurularak GETAT uygulamalarının fizyopatolojisi ortaya konarak bilimsel zeminleri güçlendirilmelidir.

3. Hekimlerin GETAT uygulamalarında branşlaşmasına yönelik çalışmalar yapılmalıdır.

4. Uzun süren eğitimler kademelendirilmeli ve hekimlerin zamandan kaynaklı eğitim alamamalarının önüne geçilmelidir. Böylece yıllar süren eğitimlere ilgi daha da artacak ve uygulamaları da yaygınlaşacaktır.

5. Eğitim ücretleri kamuda çalışan hekimler için daha makul bir seviyeye getirilebilir veya kurum tarafından karşılanabilir.

6. Tanıtım eksikliği kamu spotları ve benzeri tanıtımlar ile giderilmelidir.

7. Üniversitelerde ve kamu hastanelerinde bulunan GETAT uygulama merkezleri tanıtılmalı ve buralarda yapılan işlemler ile ilgili bilgi verilmelidir.

8. Olumsuz bakış açısını ve çekinceleri kırmak için daha fazla eğitim, kongre ve sempozyum düzenlenmelidir. Bilimsel yayınların yapılması desteklenmelidir.

9. Üniversitelerde GETAT Anabilim Dalı, yüksek lisans ve doktora programı sayısı artırılmalıdır.

10. Uygulama merkezi sayısı ve buralarda verilmekte olan uygulama çeşitliliği artırılmalı, daha fazla kişinin istifade etmesi sağlanmalıdır.

11. Uygunsuz ortamlarda ve yetkin olmayan kişilerin uygulamalarının önüne geçmek için denetimlerin daha etkin yapılması gerekmektedir. Yasadışı durumlar ve bunların oluşturduğu olumsuz algıyla daha etkin mücadele edilmelidir.

12. Hijyenik olmayan koşullarda, eğitimi olmayan kişilerce yapılan ve halka zarar veren durumların tespitinde uygulanan cezai yaptırımlar artırılmalıdır.

## İlaç İstatistikleri

**Tablo 23:** Referans Türüne, Yerli/İthal ve Geri Ödeme Durumuna Göre İlaç Satış Hacminin (Kutu) ve İlaç Satış Değerinin (₺) Dağılımı, (%), 2021

| | | İlaç Satış Hacmi (Kutu) | İlaç Satış Değeri (₺) |
|---|---|---|---|
| **Referans Türüne Göre Dağılımı, (%)** | Jenerik | 58,0 | 30,6 |
| | Orijinal | 39,3 | 64,7 |
| | Diğer | 2,7 | 4,7 |
| **Yerli/İthal Durumuna Göre Dağılımı, (%)** | Yerli | 87,7 | 52,0 |
| | İthal | 12,3 | 48,0 |
| **Geri Ödeme Durumuna Göre Dağılımı, (%)** | Geri Ödeme Kapsamında | 94,4 | 90,4 |
| | Geri Ödeme Kapsamında Değil | 5,6 | 9,6 |

Kaynak: Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021

**Tablo 24:** Yıllara ve Seçilmiş ATC-1 Gruplarına Göre 1.000 Kişiye Düşen Günlük İlaç Tüketim Miktarı, DDD

| ATC-1 Grubu | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Sindirim Sistemi ve Metabolizma** | 224,0 | 286,2 | 332,7 | 340,6 | 387,4 | 392,4 | 417,3 | 441,6 |
| **Kardiyovasküler Sistem** | 160,8 | 165,4 | 167,4 | 176,4 | 187,7 | 195,1 | 218,8 | 221,7 |
| **Kan ve Kan Yapıcı Organlar** | 118,0 | 124,4 | 134,6 | 144,4 | 169,3 | 170,2 | 152,8 | 188,1 |
| **Solunum Sistemi** | 87,3 | 94,3 | 96,4 | 99,9 | 109,0 | 111,2 | 108,7 | 113,0 |
| **Sinir Sistemi** | 86,6 | 91,2 | 93,8 | 98,4 | 101,1 | 101,5 | 97,9 | 98,2 |
| **Genito Üriner Sistem ve Seks Hormonları** | 53,0 | 56,4 | 53,5 | 68,5 | 69,9 | 73,7 | 74,3 | 80,9 |
| **Kas ve İskelet Sistemi** | 59,2 | 61,6 | 64,7 | 62,0 | 61,6 | 64,8 | 58,4 | 65,1 |
| **Sistemik Antienfektifler** | 41,0 | 41,9 | 42,1 | 37,3 | 33,3 | 34,6 | 27,8 | 30,0 |
| **Sistemik Hormonal Preparatlar (Seks Hormonları ve İnsülinler Hariç)** | 20,1 | 19,9 | 21,3 | 21,9 | 24,2 | 25,7 | 27,6 | 29,6 |

**Kaynak:** T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2021

# BÖLÜM 6:

# Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Harcamalar

# Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Harcamalar

**GÜÇLÜ YÖNLERİ:**

1. SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı, Yeşil Kart ve kamu çalışanlarının Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) çatısı altında birleştirilmesi; çok başlılığı ortadan kaldırmış ve sağlık hizmet paketlerinde çok büyük ölçüde uygulama birliği getirmiştir.

2. Vatandaşların sağlık sigortalarıyla özel hastanelerden ve özel eczanelerden hizmet alması sağlanmıştır.

3. Devlet tarafından koruyucu (birinci basamak) hizmetlere ayrılan bütçe artırılmıştır.

4. Acil ve yoğun bakım tedavileri tüm hastanelerde ücretsiz hale getirilmiştir.

5. Yoksul vatandaşların, kamu sağlık hizmetlerinden bütünüyle faydalanabilmesi sağlanmıştır.

6. 18 yaşın altındaki tüm nüfusun ve eğitim görenlerin GSS kapsamına alınması sağlanmıştır.

7. 2012 yılından itibaren Suriyeli göçmenlere ücretsiz sağlık hizmeti sunulmaya başlanmıştır.

8. SSK'lı ve Bağ-Kur'luların sağlık hizmeti alabilmesi için prim ödeme süresi 30 güne indirilmiştir.

9. Temmuz 2018'de SUT'da yapılan değişiklik ile kanser hastalarının cerrahi işlemlerinde de özel sağlık kuruluşlarının fark ücreti alabilmesi yasaklanmıştır.

10. Nisan 2020'de SUT 'ta yapılan değişiklikle "acil hal" tanımı yeniden belirlenerek korona virüse yönelik tanı ve tedaviler hastanelerde ücret alınmayan işlemler arasına eklenmiştir. Virüs tedavisinde kullanılan ilaçlar SGK ödeme listesine dâhil edilmiştir. Herhangi bir sosyal güvencesi olup olmadığına bakılmaksızın tüm kişiler için COVID-19 tedavisinin devlet tarafından karşılanacağına dair Cumhurbaşkanı Kararı yayınlanmıştır.

11. İlaçta "Referans Fiyat Sistemi" uygulamasına geçilmiştir. İlaç fiyatlarında önemli oranda reel indirimler sağlanmıştır. 2002 yılında sağlık harcamalarının %38,8 ilaç harcamalarından oluşurken 2020 yılında %28,4'e düşmüştür.

12. 2002 yılında yüzde 5,2 olarak gerçekleşen toplam sağlık harcamalarının oranı, 2020 yılında yüzde 5'e düşmüştür. 2002 yılında kişi başına sağlık harcaması satın alma gücü paritesine göre; 481 SGP ABD Doları iken, 2020 yılında 3 kat civarında artarak kişi başı sağlık harcaması 1.418 SGP ABD Doları olmuştur.

13. Hastaneler işletmecilik kurallarına göre yönetilmeye başlamış, stok kontrolü yöntemleri kullanılarak hastanelerin gereksiz stok tutmaları önlenmiştir. Hastanelerdeki ihtiyaç komisyonlarından talep edilen tıbbi cihazlar illerde oluşturulan tıbbi cihaz alımları planlama komisyonlarında görüşülmesi

ve gerçekten ihtiyaç olup olmadığına karar verilmesi gereksiz tıbbi cihaz alımlarının önüne geçmiştir. Maliyetli ve yüksek teknolojik ürünler sağlık alanında çok daha fazla arz oluşturmaya başlamıştır.

14. OECD Health Data 2021 raporunda da gösterildiği gibi yaptığı harcamaya göre en yüksek memnuniyet sağlayan ülke Türkiye olmuştur.

15. Sağlık Yatırımlarında; yeni finansman modelleri ve uygulama yöntemleri (KÖİ ve TOKİ) geliştirilmiştir.

16. Ekonomi koordinasyon kurulu ile sağlık finansmanı ile ilgili birimler arasında uyum ve koordinasyon tesis edilmiştir.

17. Sağlık Bakanlığına bağlı hizmet sunucularının vermiş olduğu sağlık hizmetleri için sağlık hizmetlerinin finansmanında "Global Bütçe Modeli" geliştirilerek uygulanmıştır.

18. Covid 19 salgını için Türkovac aşısının üretilmesi gurur vericidir. Diğer aşı üretim çalışmaları da yerli ve milli üretimi yapmak isteyen sağlık sektörüne ümit vermektedir.

19. 2020 yılından itibaren SUT fiyatları enflasyon oranlarında düzenli olarak arttırılmaktadır.

20. MKYS üzerinden ilaç veya tıbbi cihaz, sarf malzemeleri takip edilebilmekte, bu ürünlerden satin almak isteyenler, stok fazlası ürünlerden ihtiyaçlarını karşılayabilmekte, böylece fazladan yapılan harcamaların önüne geçilebilmektedir.

**GÜÇLENDİRİLMESİ GEREKEN YÖNLERİ:**

1. Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) fiyatları güncel maliyetleri karşılamamaktadır.

2. Kamu sağlık personeli gelirleri reel olarak gerilemiştir.

3. Kamu hastanelerinin sağlık endüstrisine olan borçlarının ödeme vadeleri uzamıştır. Bu durum sektörü finansal sıkıntıya sokmuş olup kamu hastanelerinin maliyetlerini de artırmıştır.

4. Sağlık endüstrisi cari açık verilen önemli sektörlerin başında gelmektedir.

5. SGK'nın açığı; sağlık harcamalarından daha çok emeklilik sisteminden kaynaklanmaktadır. Ülkemizde, Sağlık harcamalarının Gayri Safi Milli Hasılaya oranı 2010 yılında 5,3 olurken yıllar içerisinde inişli çıkışlı bir yol izlemiş olup 2021 yılında bu rakam 4,9 olarak gerçekleşmiştir.

6. Ülkemizde kişi başı toplam sağlık harcaması 2002 yılında 533 SGP$ iken 2021 yılında 1668 SGP$'a yükselmiştir. Bu da ülkemizde her geçen yıl kişi başına düşen sağlık harcamalarının arttığını göstermektedir.

7. Sosyal Güvenlik Kurumunun gelirleri giderlerini karşılayamamakta olup 2019 yılında 39,9 Milyar (TL), 2020 yılında ise 67,5 Milyar (TL) hazineden yani vergi gelirlerinden karşılanmaktadır.

8. Ülkemizin İlaç Sektörü, dünya pazarında yeterli rekabet gücüne sahip değildir. Türkiye sağlik harcamalarının üçte biri büyüklüğünde olan ilaç pazarında ithal ürünlere ödenen tutarlar oldukça yüksek olup, 2012 yılından itibaren uygulanmaya çalışılan 2016-2020 yıllarında uygulanan ilaç sektörü yerelleştirilme politikalarından vazgeçilmesi oldukça yanlış olmuştur.

9. Tıbbi cihaz sarf malzemesi ve ilaçlar çoğunlukla döviz bazlı işlem görmektedir. Dövizdeki dalgalanma ve hızlı yükselişler bunların ihale yolu ile temininde ciddi anlamda sıkıntıya sokmaktadır. Tibbi cihaz sektöründe de ilaç sektöründe olduğu gibi geri ödeme sistemi kurulması gerekir.

**TEKLİFLER:**

1. Gayri Safi Hasıla içinde sağlığa ayrılan pay OECD ülkelerinin yarısı kadardır. Ülkemizde de sağlığa ayrılan finansal kaynakların artırılması gerekir. Sağlıklı insan sayısı arttıkça üretkenlik de artacaktır. Böylece sağlık harcamaları ekonomiye dolaylı bir katkı sağlamış olacaktır.

2. Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) fiyatları güncel maliyetler dikkate alınarak artırılmalıdır. Ödeme vadeleri uzayan kamu hastanelerinin sağlık endüstrisine olan borçlarının ödenmesi; bundan sonra alımlarda borç vadesinin 90 günü aşmayacak şekilde ödenek planlaması yapılması, maliyetleri düşürecektir.

3. Reel olarak gerileyen sağlık personeli gelirlerinin artırılması gerekir.

4. Performansa dayalı ödeme sisteminin yeniden yapılandırılması gerekir.

5. Sağlık hizmetleri için uzman bir ekiple Türkiye geneli için SUT fiyatlarına baz olmak üzere sağlık hizmetleri detaylı maliyet hesaplaması yapılmalıdır.

6. Sağlık hizmet sunumu için ihtiyaç duyulan tıbbi cihaz, aşı ve anti-serum gibi mal ve malzemelerin yerlileştirilmesi için etkin bir çalışma yapılmalıdır.

7. Dünya ilaç pazarında yer alabilmek için ülkemizde ilaç üretimine tam destek verilmeli ve ihracatın ithalatı karşılama oranı %50 nin üzerine çıkarılmalıdır.

8. Kamu ihalelerinde "...yerli malı teklif eden istekliler lehine %15 oranına kadar fiyat avantajı sağlanabilir." hükmü sağlık hizmetlerine yönelik ürünlerde en az %20 olması sağlanarak yerli üreticiler desteklenmelidir.

9. Sağlık hizmetlerinde entegrasyon sistemleri daha da etkinleştirilerek gereksiz maliyetlerin önüne geçilmelidir. Cepten yapılan harcamalar mutlak suretle düşürülmeli ve katastrofik harcamalara meydan verilmemelidir.

10. Koruyucu sağlık hizmetlerinin bütçesi artırılmalı ve kapsamı genişletilerek yaygınlaştırılmalıdır.

11. Hastanelerde hastaların üzerinde kullanılan ortez-protez ve özellikli kullanılan malzemelerin üzerlerinde tekrarlanmayan, sadece o malzemeye özel kayıt numarası olmalı, ve bu sarf malzemesi

üzerindeki takip numarası hastaya verilmelidir. Bu suretle tıbbi cihaz şirketlerinin aynı ürünü hastanelere ikinci defa satışı önlenmiş olacaktır.

12. Tekrar kullanımı mümkün olan sarf malzemelri steril edilerek tekrar kullanılması sağlanmalı, ürünün malzemenin sterilizasyona uyan malzemelerden olması veya ürün malzemesine uygun sterilizasyon yönteminin seçilmesi ile mümkündür.

## Sağlık Finansmanı İstatistikleri

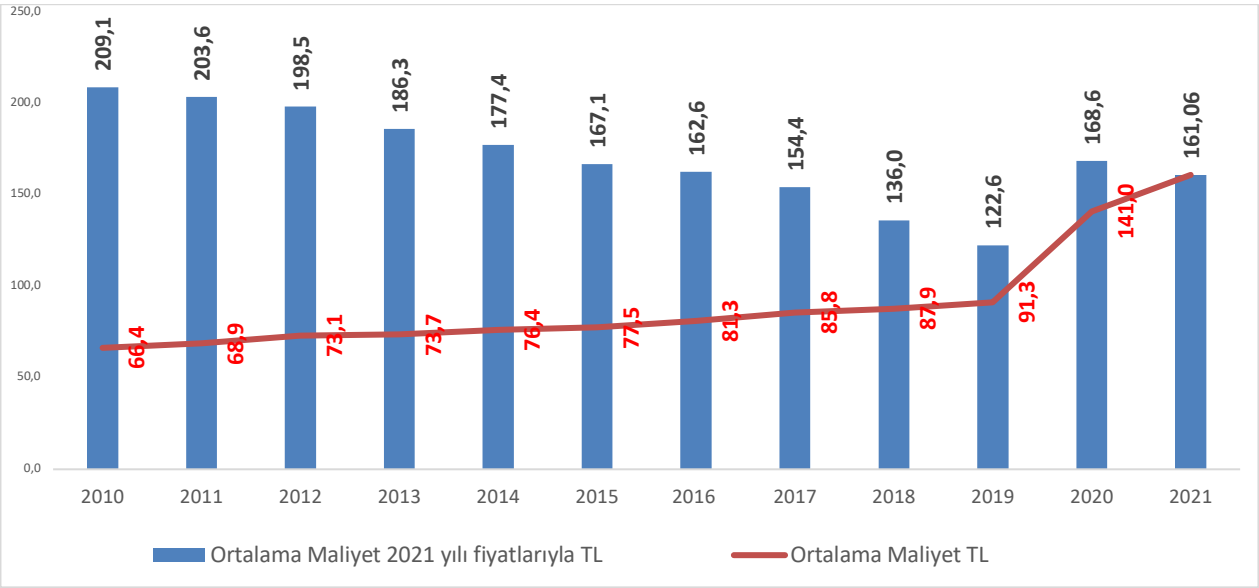
**Tablo 25:** Sağlık Hizmet Sunucusu Türüne Göre Müracaat Başına Ortalama Maliyet, 2018-2021

| Hastaneler / Yıllar | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | Değişim Oranı (2020-2021) |
|---|---|---|---|---|---|
| DEVLET 2. BASAMAK SAĞLIK TESİSLERİ | 52,3 | 51,9 | 71,8 | 79,41 | 10,62% |
| DEVLET 3. BASAMAK SAĞLIK TESİSLERİ | 104,5 | 107,1 | 167,4 | 193,39 | 15,52% |
| ÖZEL 2. BASAMAK SAĞLIK TESİSLERİ | 115,2 | 126,0 | 181,4 | 202,63 | 11,69% |
| ÜNİVERSİTE SAĞLIK TESİSLERİ | 220,2 | 236,2 | 358,5 | 387,09 | 7,96% |
| **Ortalama** | **87,9** | **91,3** | **141,0** | **161,06** | **14,27%** |

**Kaynak:** SGK (http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/aylik_istatistik_bilgileri)

SGK verilerine göre; Türkiye'de 2019 yılında 91,3.-TL olan hastanelerde müracaat başına ortalama maliyet 2020 yılında %54'ü aşan oranda artarak 141.-TL'ye yükselmiştir.

**Grafik 3. Hastane Müracaat Başına Ortalama Maliyet Analizi (2010-2021)**



**Kaynak:** SGK **(**http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/aylik_istatistik_bilgileri)

SGK verilerine göre; 2020 yılında 141.-TL civarında olan hastane başına ortalama müracaat maliyeti 2021 yılında ise 2020 yılına göre %14'ün üzerinde artarak 161.-TL'ye yükselmiştir.

**Tablo 4- Türkiye Reçete Analizi (2018-2021)**

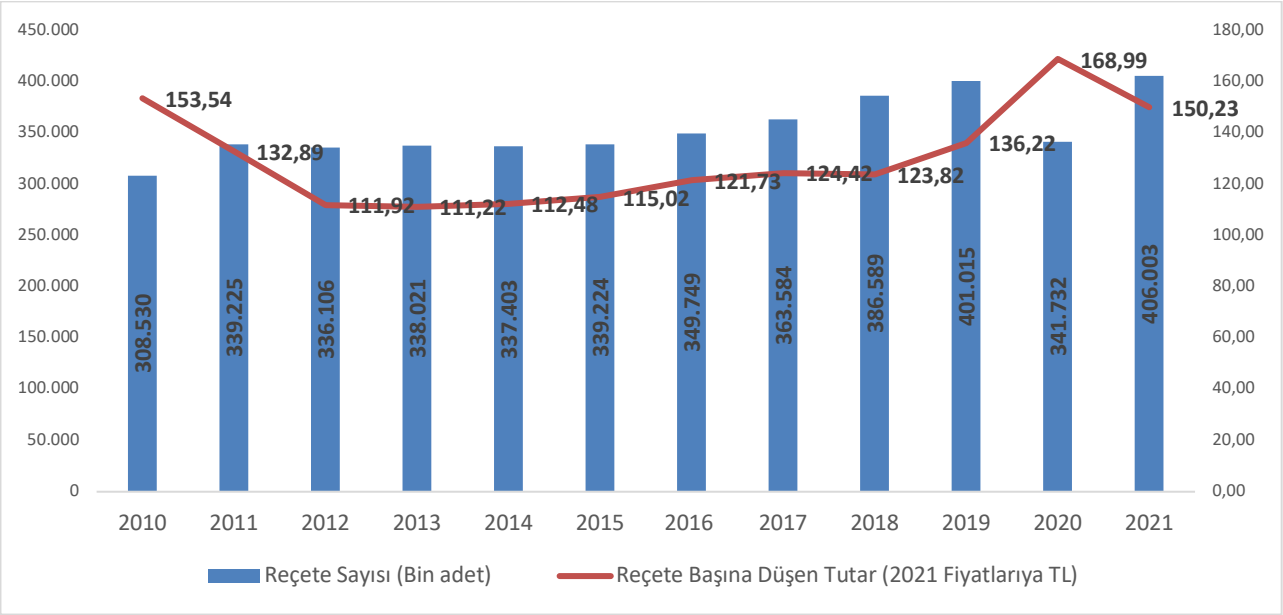
| | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | Değişim Oranı 2020-2021 |
|---|---|---|---|---|---|
| **Reçete Sayısı (Bin adet)** | 386.589 | 401.015 | 341.732 | 406.003 | 18,8 |
| **Fatura Tutarı (Bin TL)** | 30.950.378 | 40.679.563 | 48.285.454 | 60.993.695 | 26,3 |
| **Reçete Başına Düşen Tutar (TL)** | 80,06 | 101,44 | 141,30 | 150,23 | 6,3 |

Kaynak: SGK

Covid-19 Pandemisi dolayısıyla; Türkiye'de reçete sayıları 2020 yılında 2019 yılına göre %15'e yakın azalmıştır. Aynı dönemde reçete tutarı %19'a yakın, reçete başına maliyet ise %39'dan fazla artmıştır.

2021 yılında ise 2020 yılına göre reçete sayısı %19 civarında artarak pandemi öncesi sayıları yakalamıştır. Aynı dönemde reçete fatura tutarı %26'nın üzerinde, reçete başına maliyet ise %6'nın üzerinde artmıştır

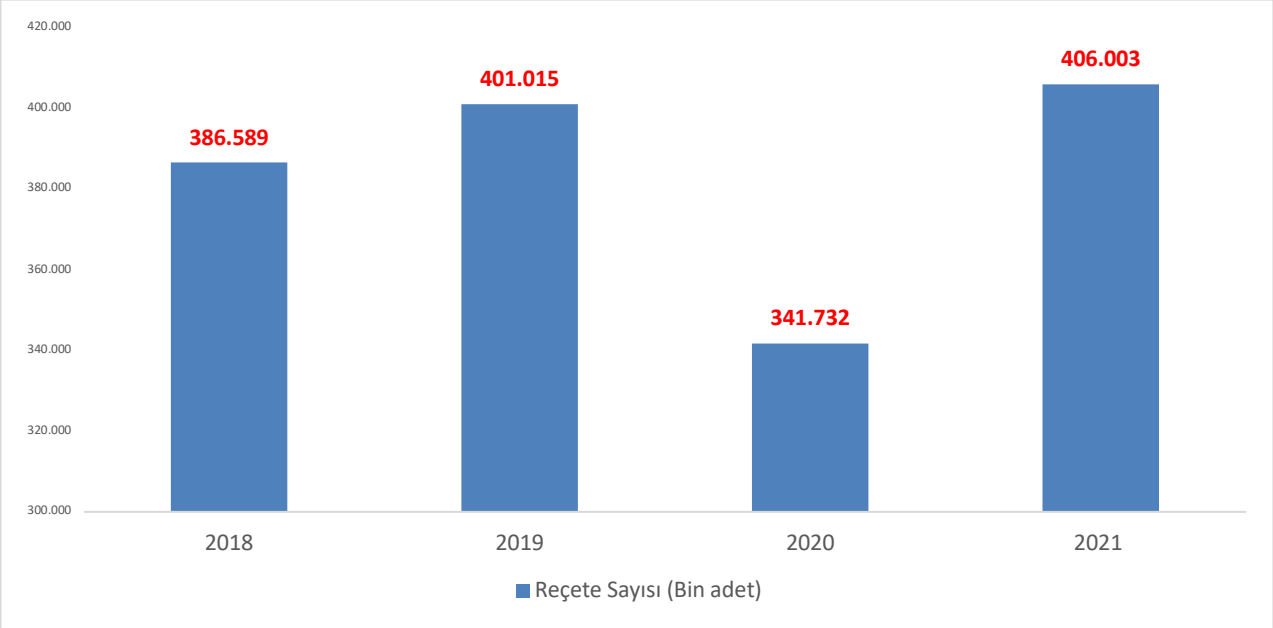
**Grafik 4. SGK Reçete Sayısı ve Reçete Başına Düşen Tutar (2010-2021)**




**Kaynak:** SGK (http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/aylik_istatistik_bilgileri)

SGK Verilerine göre; Türkiye'de 2021 yılında 406 milyon civarında reçete yazılarak, 2020 yılına göre reçete sayısı %19 civarında artmış ve pandemi öncesi sayıları yakalamıştır. Bu dönemde reçete başına düşen maliyet ise reel olarak azalarak 150.-TL civarında gerçekleşmiştir.

**Grafik 5. SGK Reçete Sayısı (2018-2021)**

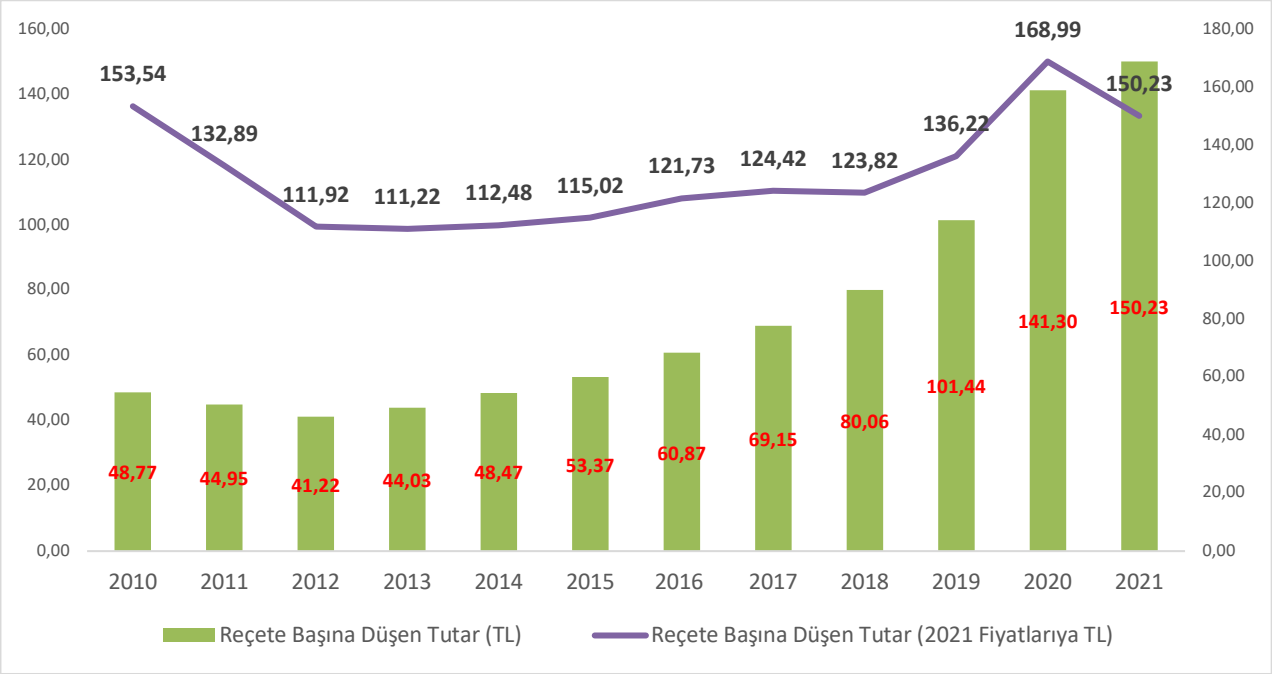



Kaynak: SGK

Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) verilerine göre; Covid-19 Pandemisi dolayısıyla, Türkiye'de 2019 yılında 400 milyonun üzerinde reçete yazılmış iken bu sayı 2020 yılında; %15 civarında azalarak 342

Milyonun altına düşmüştür. 2021 yılında ise 2020 yılına göre reçete sayısı %19 civarında artarak pandemi öncesi sayıları yakalamıştır.

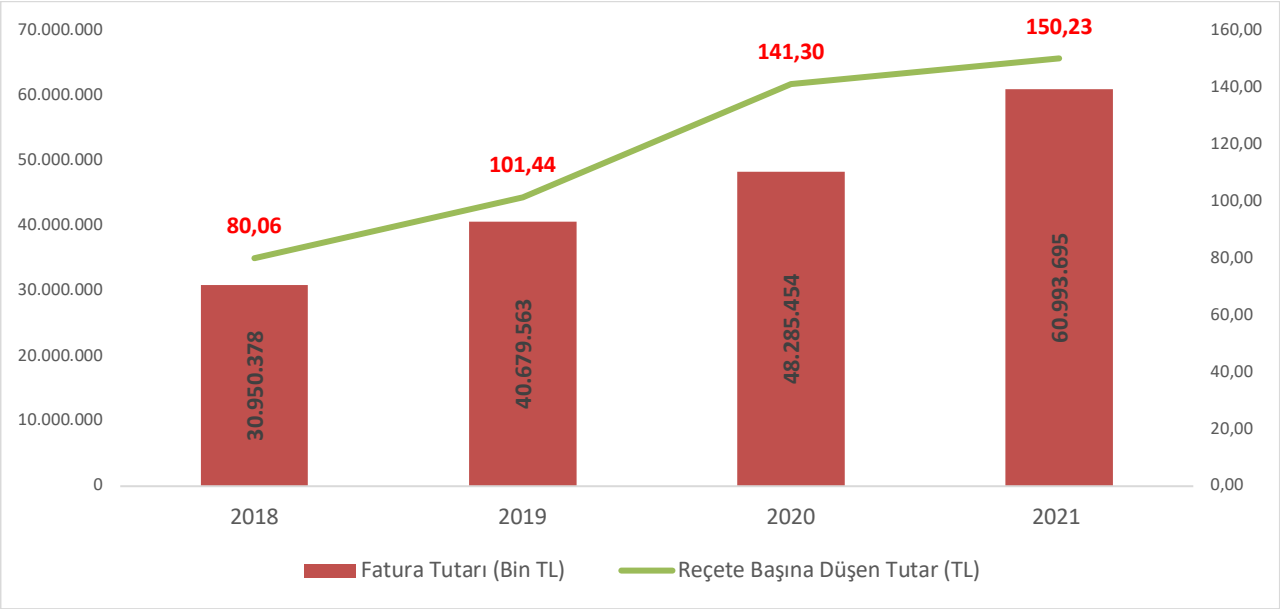
**Grafik 7. SGK; Reçete Başına Ortalama Maliyet (2010-2021)**




Kaynak: SGK

2020 yılında reel olarak yüksek tutarda gerçekleşen (168,99.-TL) reçete başına ortalama maliyet 2021 yılında düşmüştür (150,23.-TL).

**Grafik 8. SGK; Reçete Tutarı ve Reçete Başına Ortalama Maliyet (2018-2021)**



Kaynak: SGK

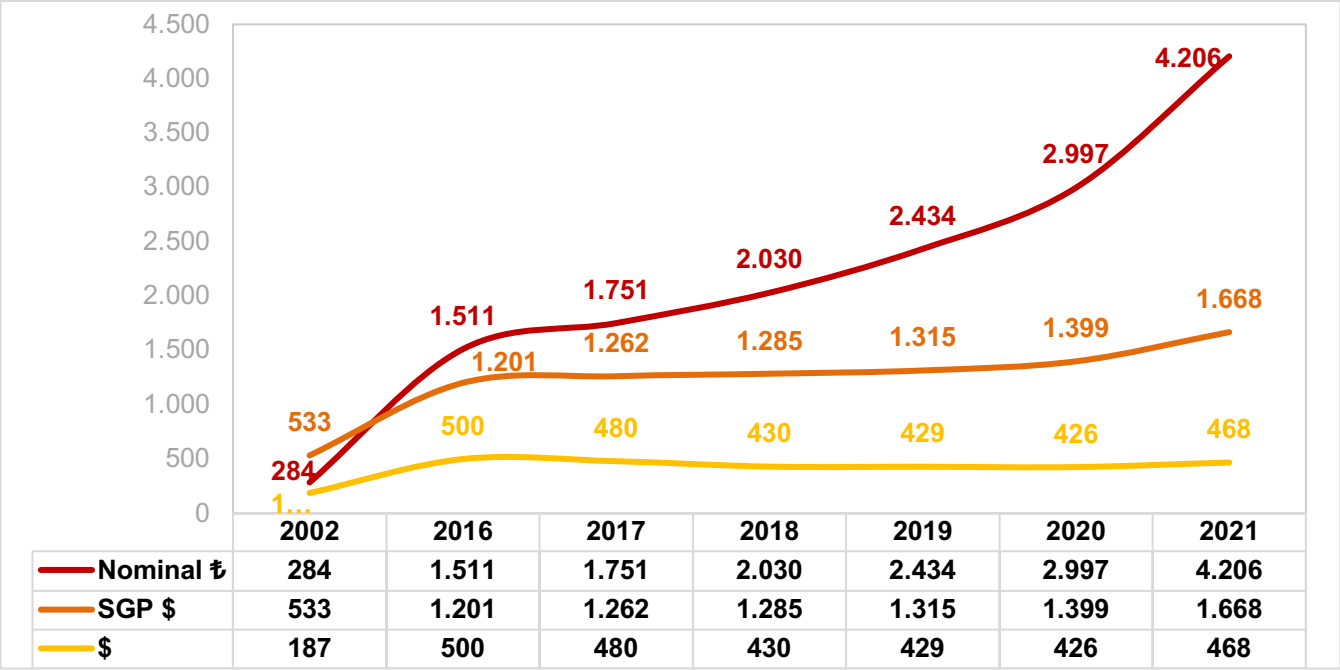
SGK verilerine göre; Türkiye'de 2019 yılında 41.-Milyar TL tutarında reçete faturası %19 civarında artarak 2020 yılında 48.-Milyar TL'yi geçmiştir. SGK Reçete tutarı 2021 yılında ise 2020 yılına göre %26,3 civarında artarak 61.-Milyar TL'ye ulaşmıştır.

**Tablo 27:** Sağlık Hizmeti Sunucularına Göre Sağlık Harcamaları, 2021

| | | Genel devlet | | | | Özel sektör | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Genel toplam | Toplam | Merkezi devlet | Mahalli idareler | Sosyal Güvenlik Kurumu | Toplam | Hanehalkları | Diğer |
| **Toplam sağlık harcaması** | **353 941** | **280 220** | 111 180 | 1 975 | 167 065 | **73 721** | 56 342 | 17 380 |
| **Cari sağlık harcaması** | **330 928** | **260 777** | 92 859 | 1 909 | 166 009 | **70 151** | 53 846 | 16 305 |
| Hastaneler | **175 214** | **143 569** | 47 551 | 168 | 95 850 | **31 645** | 22 118 | 9 527 |
| Evde hemşirelik bakımı | **2** | **-** | - | - | - | **2** | - | 2 |
| Ayakta bakım sunanlar | **33 440** | **20 005** | 12 264 | 804 | 6 937 | **13 436** | 10 673 | 2 763 |
| Perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanlar | **80 613** | **60 920** | 153 | 19 | 60 748 | **19 693** | 17 076 | 2 617 |
| Halk sağlığı programlarının sunumu ve yönetimi | **32 517** | **32 517** | 32 167 | 350 | - | **-** | - | - |
| Genel sağlık yönetimi ve sigorta | **1 441** | **619** | - | - | 619 | **822** | - | 822 |
| Sınıflandırılamayan diğer kategori | **7 700** | **3 146** | 724 | 568 | 1 854 | **4 554** | 3 980 | 574 |
| **Yatırım** | **23 013** | **19 442** | 18 321 | 66 | 1 056 | **3 571** | 2 496 | 1 075 |

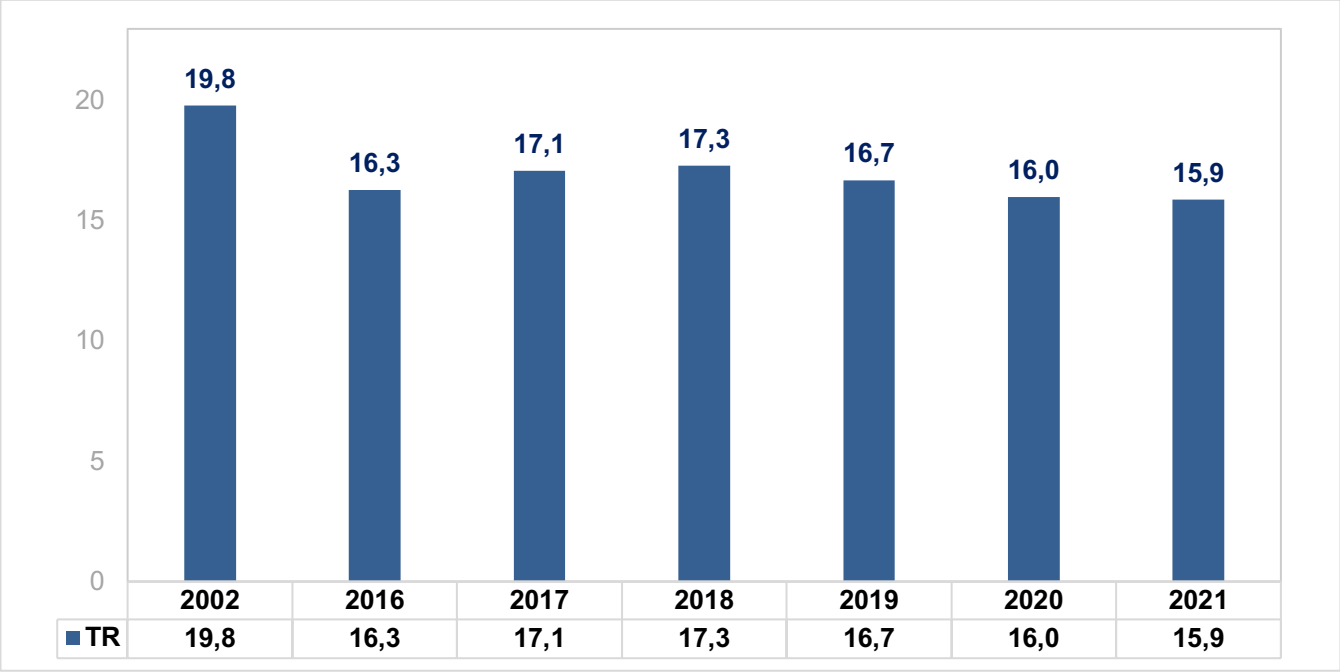
**Kaynak: TÜİK, Sağlık Harcamaları İstatistikleri**

**Grafik... Kişi Başı Toplam Sağlık Harcaması, (Nominal ₺, SGP $, $)**



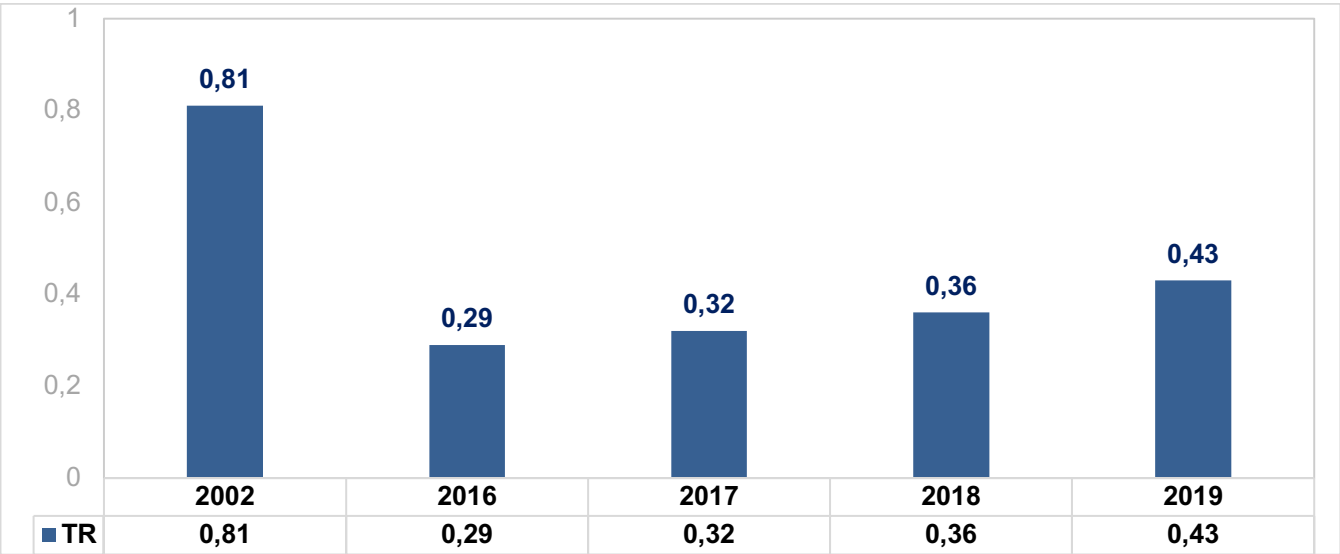
**Kaynak:** TÜİK, Sağlık Harcamaları İstatistikleri

**Grafik……. Cepten Yapılan Sağlık Harcamasının Toplam Sağlık Harcamasına Oranı, (%)**

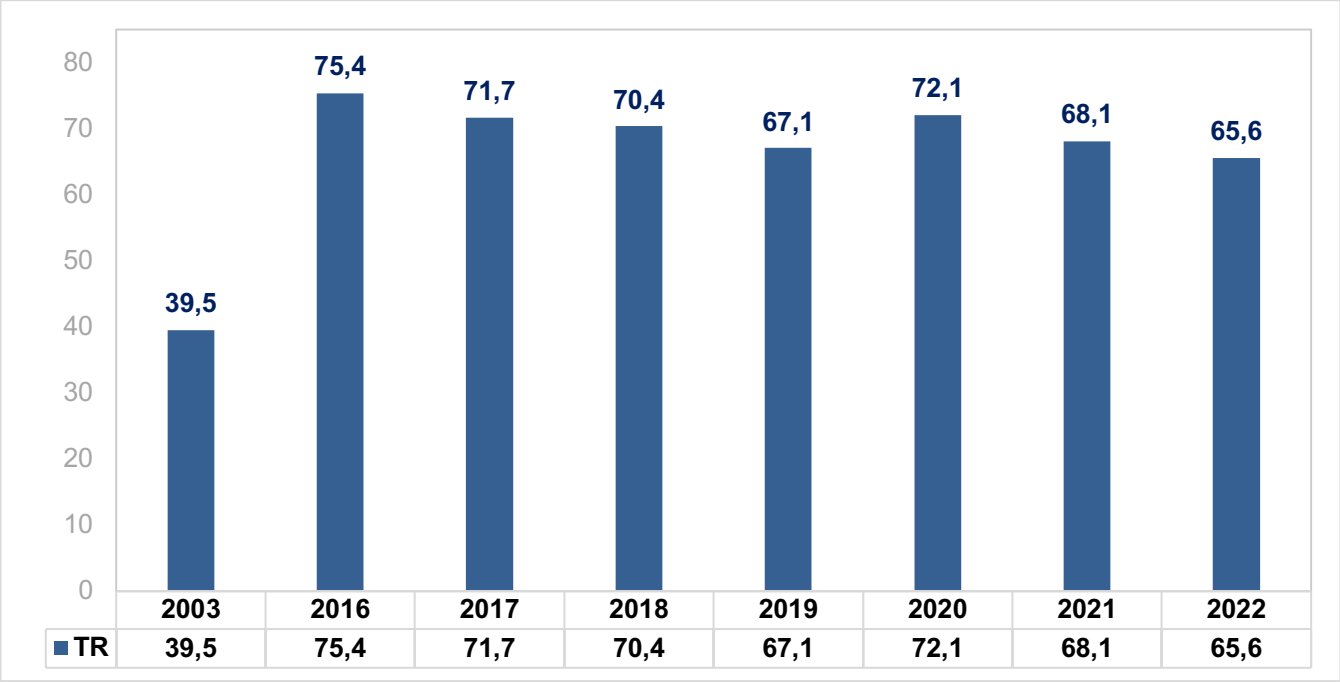



**Kaynak:** TÜİK, Sağlık Harcamaları İstatistikleri

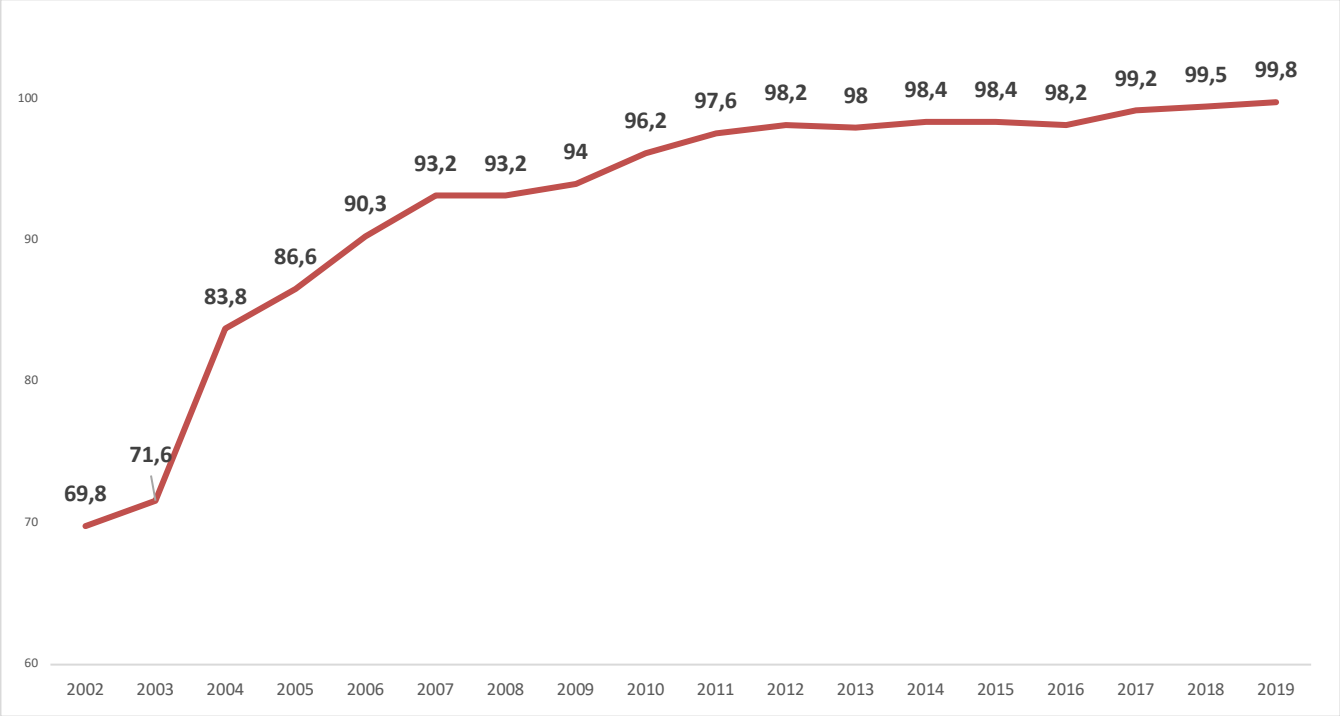
**Grafik…… Katastrofik Sağlık Harcaması Yapan Hane Oranı, (%)**



**Grafik….. Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Oranı, (%)**

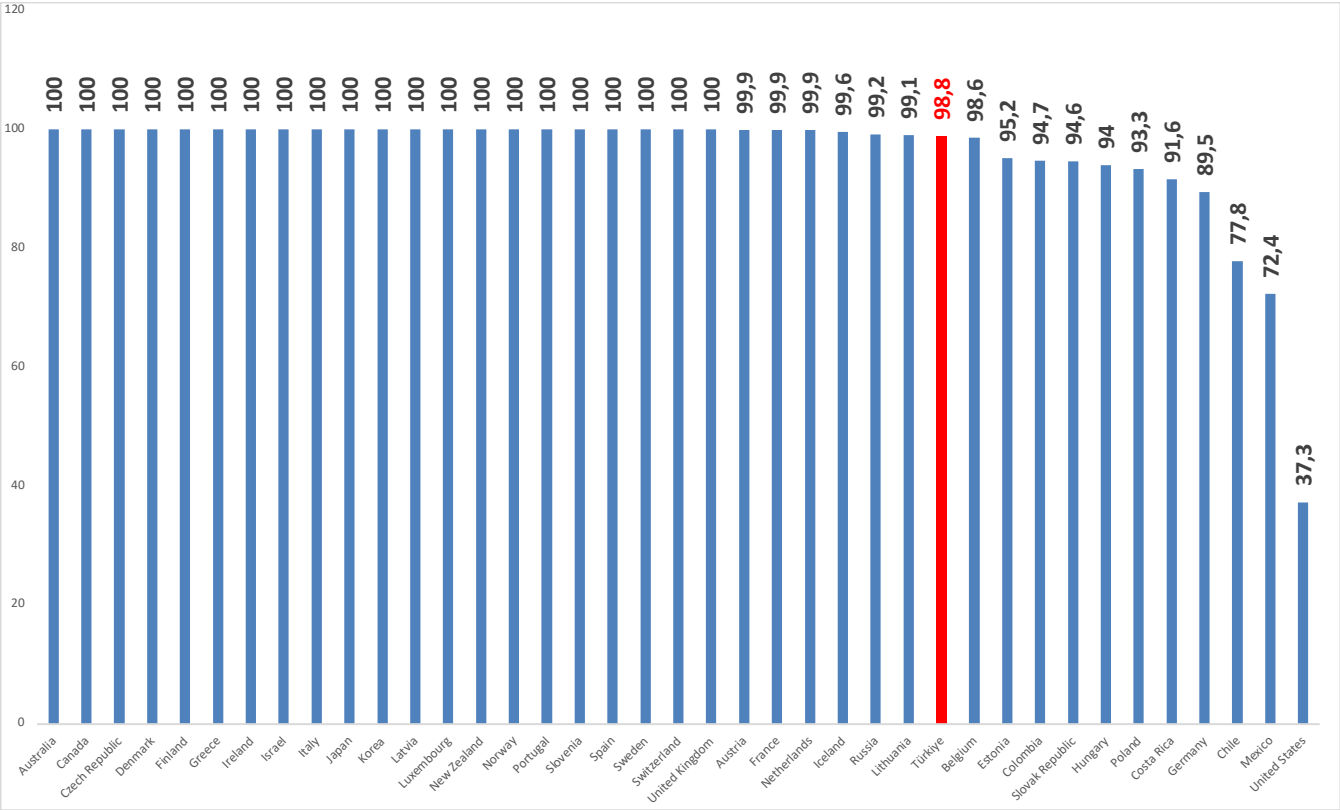



**Grafik 2.** Türkiye'de Sosyal Güvenlik Kapsamında Sağlık Hizmetlerini Alabilen Nüfus Oranı (%)



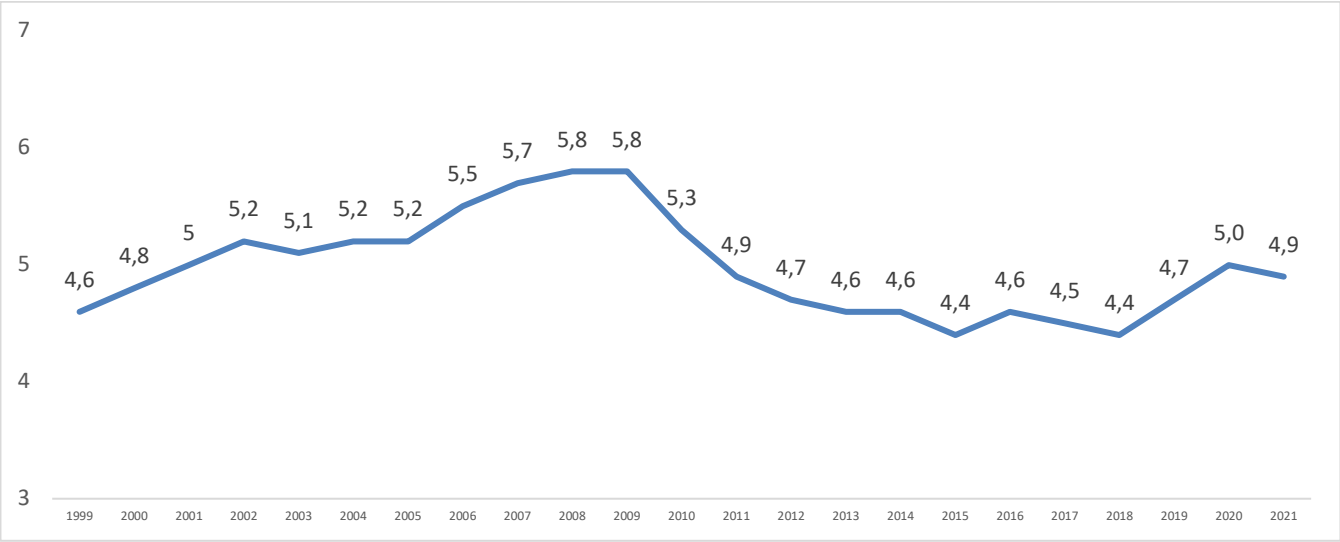

**Kaynak:** OECD Health Statistics 2021

**Grafik 3.** OECD Ülkelerinde Sosyal Güvenlik Kapsamında Sağlık Hizmetlerini Alabilen Nüfus Oranı (%), 2020 veya En Yakın yıl




**Kaynak:** OECD Health Statistics 2021

**Grafik 5.** Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı, (Milyon TL, %), (1999-2021)



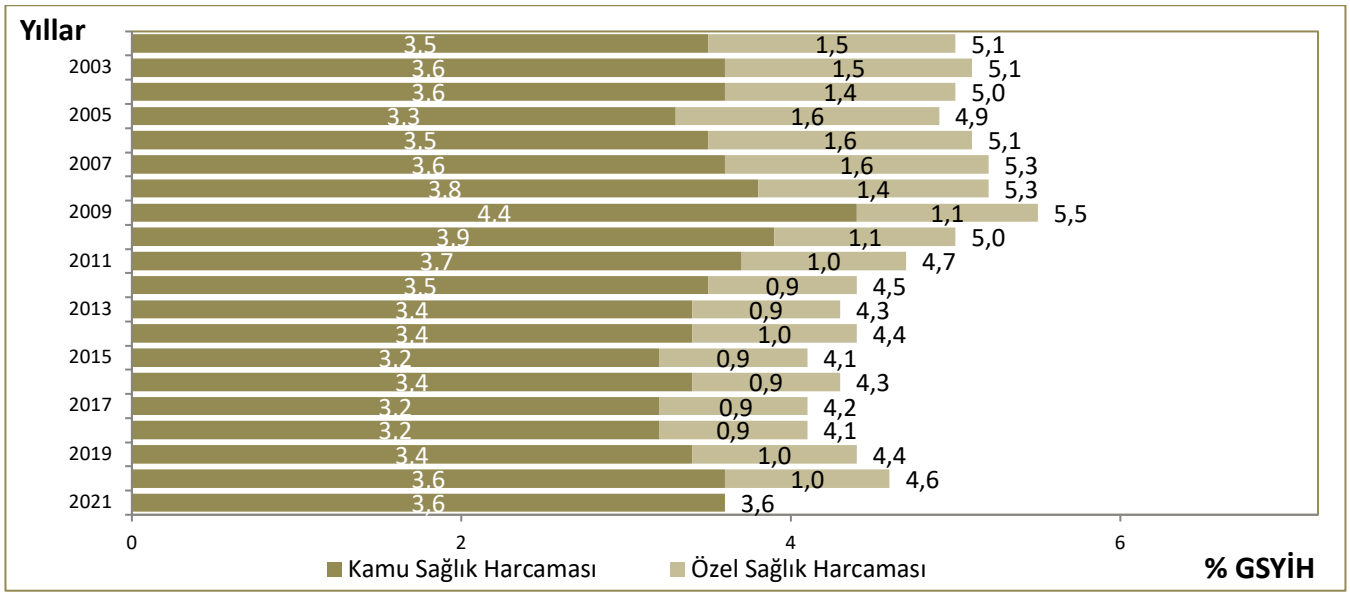

**Kaynak:** TÜİK

**Tablo 29.** Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payının Mukayesesi, ( %), (2002-2020)

| Yıllar | Sağlık Harcamaları | GSYH | Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı (%) | OECD Ülkeleri Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı (%) |
|---|---|---|---|---|
| 2002 | 18.774 | 359.359 | 5,2 | 8,3 |
| 2003 | 24.279 | 468.015 | 5,2 | 8,5 |
| 2005 | 35.359 | 673.703 | 5,2 | 8,7 |
| 2010 | 61.678 | 1.160.014 | 5,3 | 9,4 |
| 2011 | 68.607 | 1.394.477 | 4,9 | 9,3 |
| 2012 | 74.189 | 1.569.672 | 4,7 | 9,2 |
| 2013 | 84.390 | 1.809.713 | 4,7 | 9 |
| 2014 | 94.750 | 2.044.466 | 4,6 | 8,8 |
| 2015 | 104.568 | 2.338.647 | 4,5 | 8,8 |
| 2016 | 119.756 | 2.608.526 | 4,6 | 8,9 |
| 2017 | 140.647 | 3.110.650 | 4,5 | 8,8 |
| 2018 | 165.234 | 3.724.388 | 4,4 | 8,8 |
| 2019 | 201.031 | 4.317.787 | 4,7 | 8,8 |
| 2020 | 249.932 | 5.046.883 | 5,0 | 8,8 |

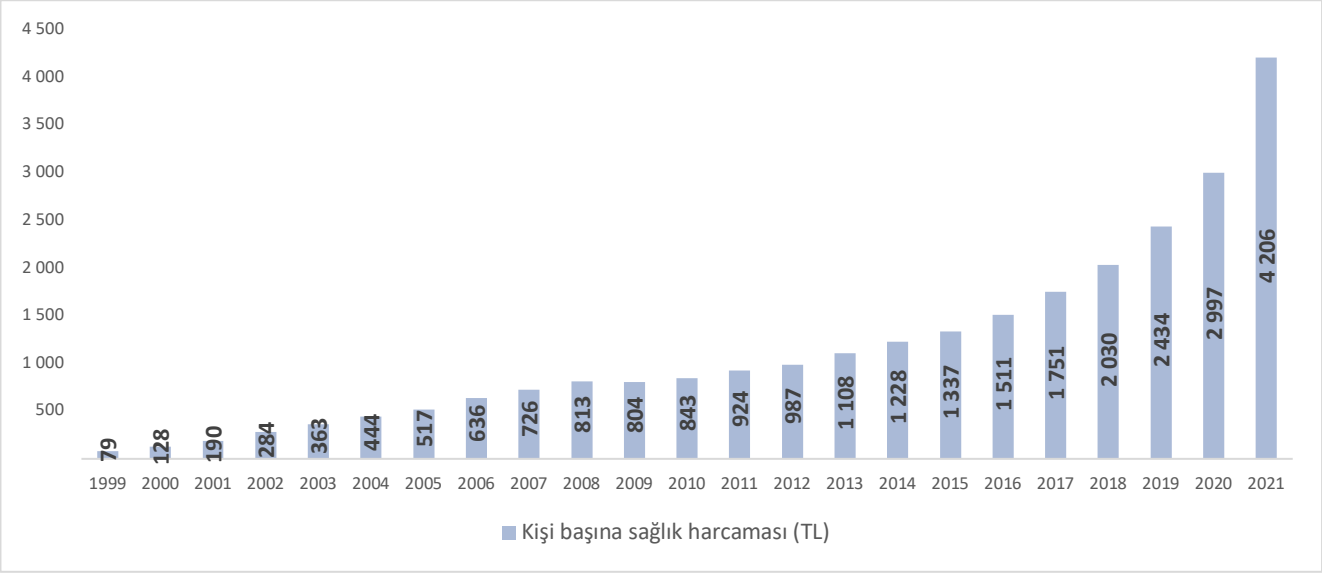
**Kaynak:** TÜİK

**Grafik 6.** Kamu ve Özel Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı, (2002-2021), (%)



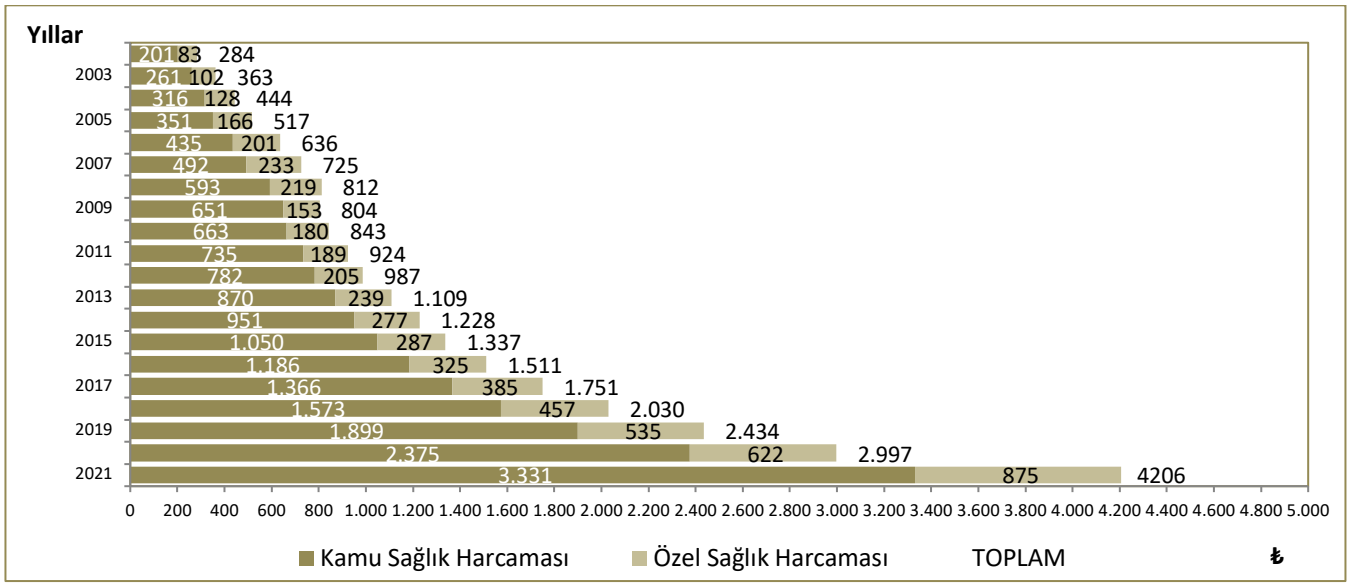

**Kaynak:** TÜİK

**Grafik 7**. Yıllara Göre Kişi Başı Sağlık Harcaması, Nominal, TL **(1999-2021)**



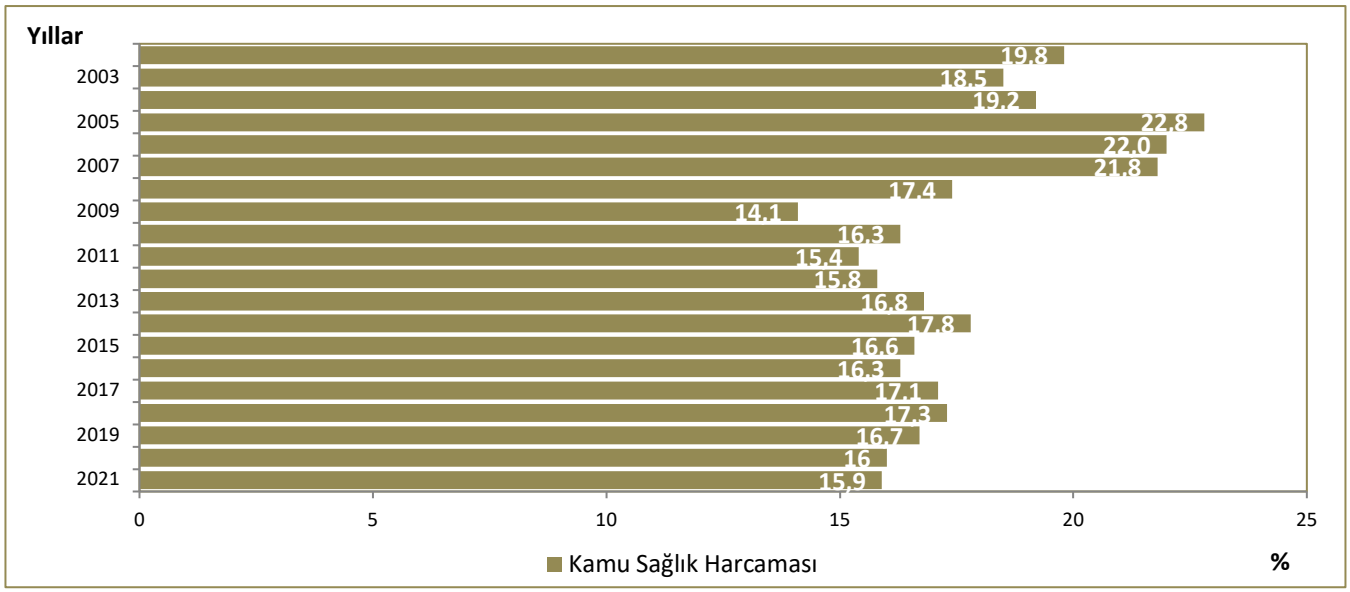

**Kaynak:** TÜİK

**Grafik 7**. Yıllara Göre Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcaması, Nominal, TL



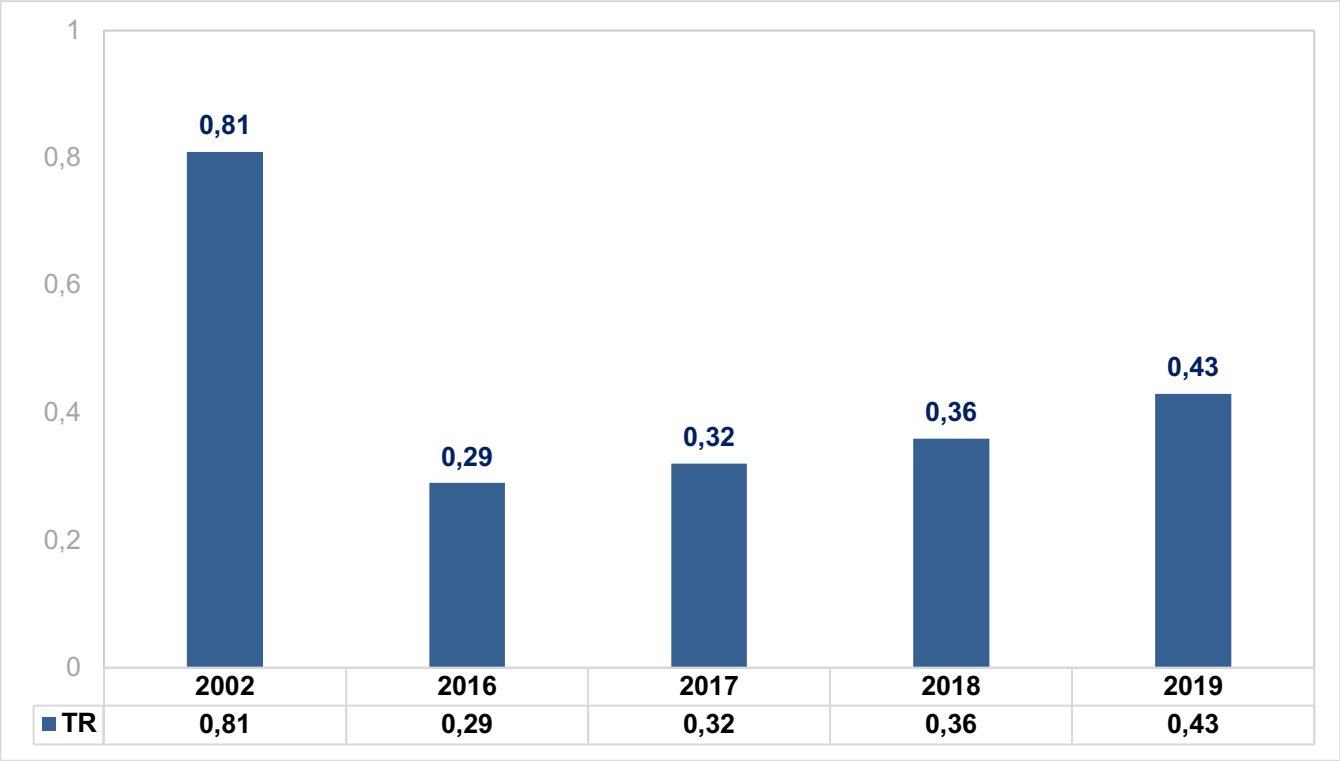

**Kaynak:** TÜİK

**Grafik 8.** Cepten Yapılan Sağlık Harcamasının Toplam Sağlık Harcaması İçindeki Oranı, (%), (Milyon TL), (2002-2021)




Kaynak: TÜİK

**Grafik 9.** Katastrofik Sağlık Harcamaları, (2002-2019), (%), (Türkiye)



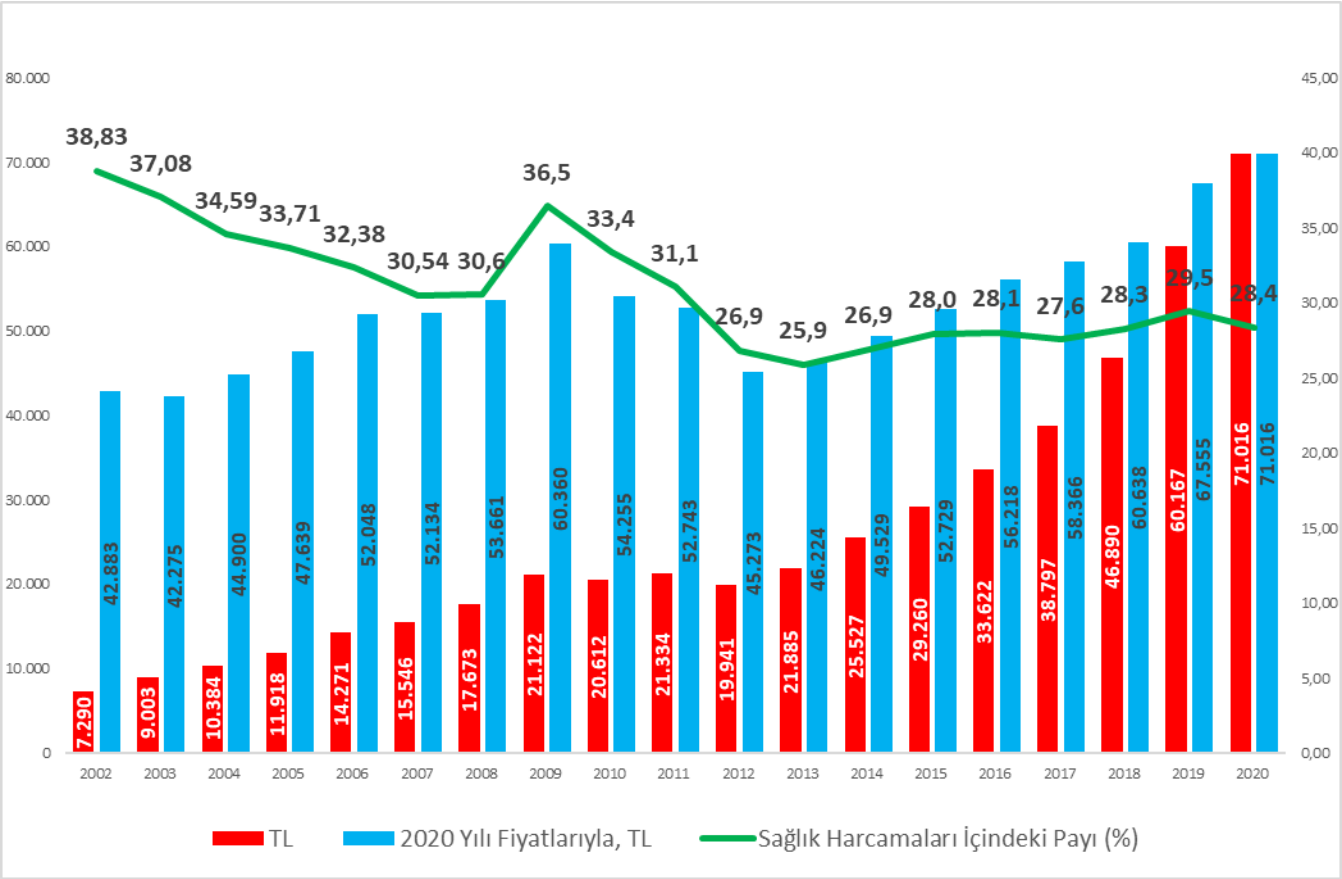
**Kaynak:** TÜİK

**Tablo 31:** Toplam İlaç Harcamaları, (2002-2020), (Milyon TL/USD)

| Yıllar | TL | 2020 Yılı Fiyatlarıyla, TL | USD | SGP USD | Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%) | GSYH İçindeki Payı (%) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2002 | 7.290 | 42.883 | 4.841 | 12.329 | 38,83 | 2,03 |
| 2003 | 9.003 | 42.275 | 6.030 | 12.208 | 37,08 | 1,92 |
| 2004 | 10.384 | 44.900 | 7.301 | 13.101 | 34,59 | 1,80 |
| 2005 | 11.918 | 47.639 | 8.889 | 14.280 | 33,71 | 1,77 |
| 2006 | 14.271 | 52.048 | 9.972 | 16.937 | 32,38 | 1,81 |
| 2007 | 15.546 | 52.134 | 11.945 | 11.945 | 30,54 | 1,77 |
| 2008 | 17.673 | 53.661 | 13.669 | 20.084 | 30,6 | 1,80 |
| 2009 | 21.122 | 60.360 | 13.653 | 23.349 | 36,5 | 2,10 |
| 2010 | 20.612 | 54.255 | 13.738 | 22.416 | 33,4 | 1,80 |
| 2011 | 21.334 | 52.743 | 12.775 | 22.081 | 31,1 | 1,50 |
| 2012 | 19.941 | 45.273 | 11.125 | 19.553 | 26,9 | 1,30 |
| 2013 | 21.885 | 46.224 | 11.511 | 20.448 | 25,9 | 1,20 |
| 2014 | 25.527 | 49.529 | 11.667 | 23.111 | 26,9 | 1,20 |
| 2015 | 29.260 | 52.729 | 10.757 | 24.331 | 28,0 | 1,30 |
| 2016 | 33.622 | 56.218 | 11.128 | 25.875 | 28,1 | 1,30 |
| 2017 | 38.797 | 58.366 | 10.636 | 28.166 | 27,6 | 1,20 |
| 2018 | 46.890 | 60.638 | 9.742 | 28.706 | 28,3 | 1,30 |
| 2019 | 60.167 | 67.555 | 10.611 | 31.742 | 29,5 | 1,40 |
| 2020 | 71.016 | 71.016 | 10.131 | 33.364 | 28,4 | 1,40 |
| Değişim % | 874 | 66 | 109 | 171 | -27 | -31 |

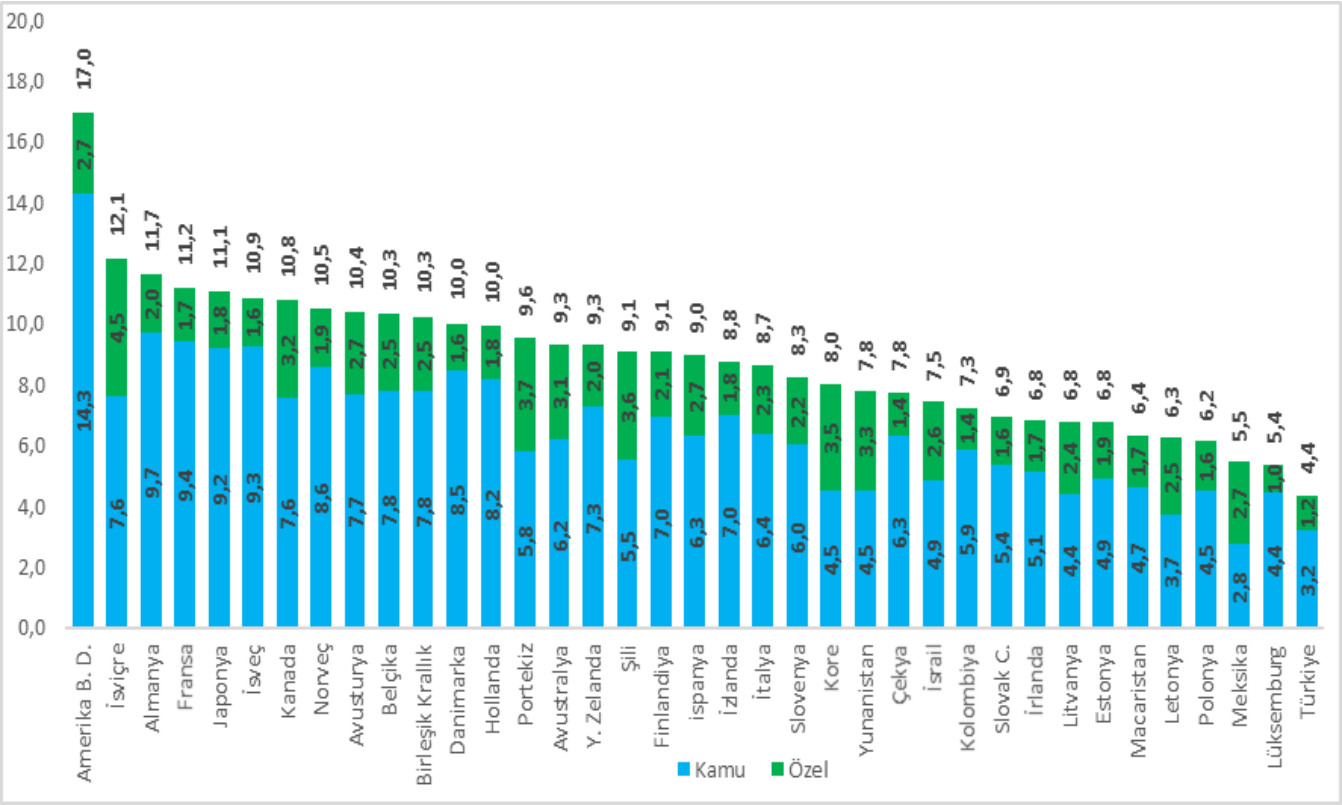
**Kaynak:** Bağcı ve Atasever, 2020

**Grafik 10.** Toplam İlaç Harcamaları, (2002-2020), (Milyon TL/USD)




**Kaynak:** Bağcı ve Atasever, 2020

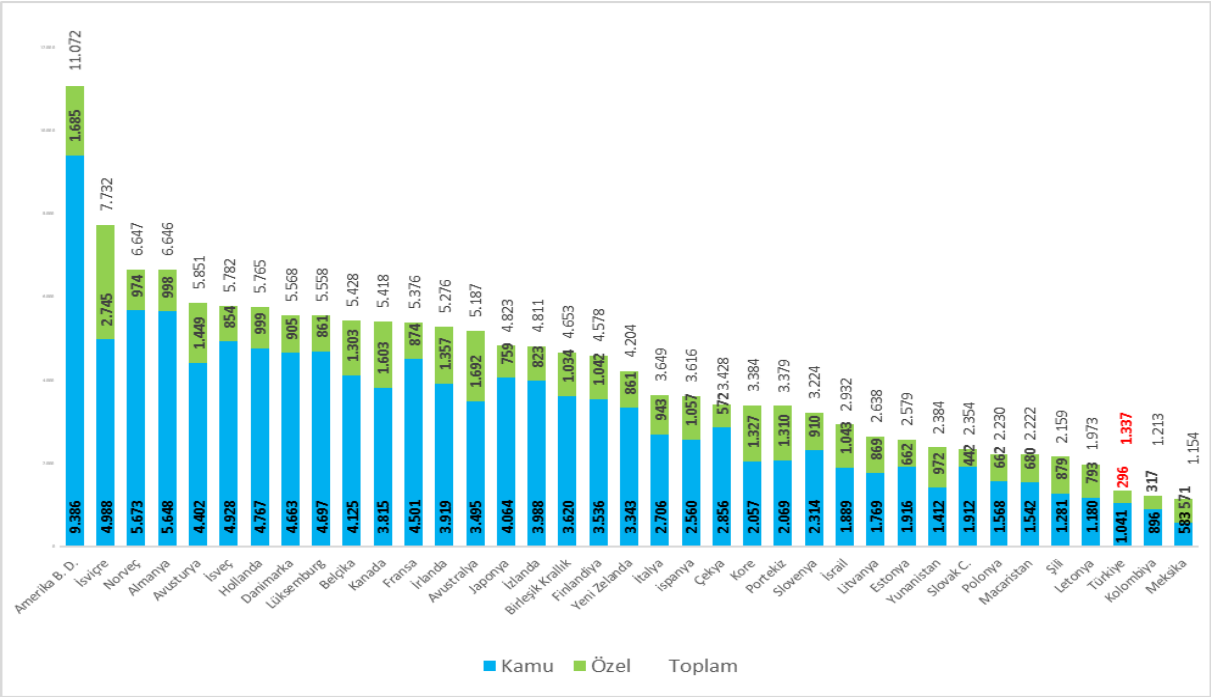
**Grafik 11.** Cari Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payının Uluslararası Karşılaştırılması, (%), (2019 veya en yakın yıl)




Kaynak: TÜİK, OECD Health Data 2020

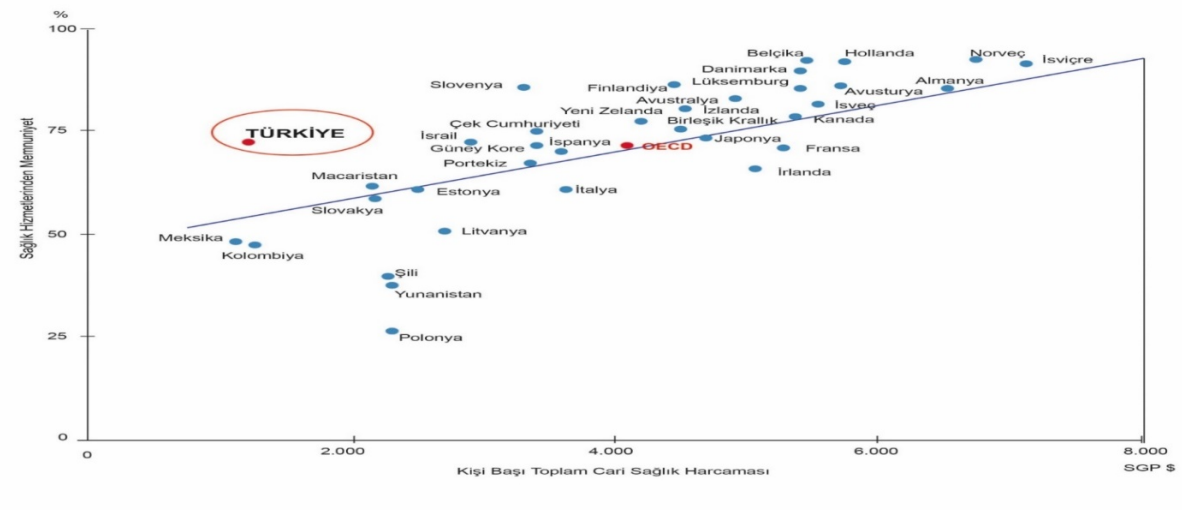
Not: Türkiye verisi 2019 yılına aittir. Ülkelere ait değerler ulaşılabilen en yakın yıl değerleridir

**Grafik 12.** Kişi Başı Cari Sağlık Harcamalarının Uluslararası Karşılaştırılması, (%), (2019), (SGP USD)




Kaynak: TÜİK, OECD Health Data 2020

**Grafik 13.**Yapılan Sağlık Harcamasına Göre Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Oranı




**Kaynak:** TÜİK, OECD Health Data 2021

**Tablo 32.**Cari Sağlık Harcamalarının Uluslararası Mukayesesi (2019 veya en yakın yıl)

| | Cari Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı (%) | | | Kişi Başı Kamu Sağlık Harcaması USD ve Kamu Cari Sağlık Harcamalarının Toplam Cari Sağlık Harcamalarına Oranı (%) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Ülke** | **Kamu** | **Özel** | **Toplam** | **Kamu (USD)** | **Özel (USD)** | **Toplam (USD)** | **Oran %** |
| Amerika B. D. | 14,3 | 2,7 | 17,0 | 9.386 | 1.685 | 11.072 | 85 |
| İsviçre | 7,6 | 4,5 | 12,1 | 4.988 | 2.745 | 7.732 | 65 |
| Almanya | 9,7 | 2,0 | 11,7 | 5.648 | 998 | 6.646 | 85 |
| Fransa | 9,4 | 1,7 | 11,2 | 4.501 | 874 | 5.376 | 84 |
| Japonya | 9,2 | 1,8 | 11,1 | 4.064 | 759 | 4.823 | 84 |
| İsveç | 9,3 | 1,6 | 10,9 | 4.928 | 854 | 5.782 | 85 |
| Kanada | 7,6 | 3,2 | 10,8 | 3.815 | 1.603 | 5.418 | 70 |
| Norveç | 8,6 | 1,9 | 10,5 | 5.673 | 974 | 6.647 | 85 |
| Avusturya | 7,7 | 2,7 | 10,4 | 4.402 | 1.449 | 5.851 | 75 |
| Belçika | 7,8 | 2,5 | 10,3 | 4.125 | 1.303 | 5.428 | 76 |
| Birleşik Krallık | 7,8 | 2,5 | 10,3 | 3.620 | 1.034 | 4.653 | 78 |
| Danimarka | 8,5 | 1,6 | 10,0 | 4.663 | 905 | 5.568 | 84 |
| Hollanda | 8,2 | 1,8 | 10,0 | 4.767 | 999 | 5.765 | 83 |
| Portekiz | 5,8 | 3,7 | 9,6 | 2.069 | 1.310 | 3.379 | 61 |
| Avustralya | 6,2 | 3,1 | 9,3 | 3.495 | 1.692 | 5.187 | 67 |
| Y. Zelanda | 7,3 | 2,0 | 9,3 | 3.343 | 861 | 4.204 | 80 |
| Şili | 5,5 | 3,6 | 9,1 | 1.281 | 879 | 2.159 | 59 |
| Finlandiya | 7,0 | 2,1 | 9,1 | 3.536 | 1.042 | 4.578 | 77 |
| İspanya | 6,3 | 2,7 | 9,0 | 2.560 | 1.057 | 3.616 | 71 |
| İzlanda | 7,0 | 1,8 | 8,8 | 3.988 | 823 | 4.811 | 83 |
| İtalya | 6,4 | 2,3 | 8,7 | 2.706 | 943 | 3.649 | 74 |
| Slovenya | 6,0 | 2,2 | 8,3 | 2.314 | 910 | 3.224 | 72 |
| Kore | 4,5 | 3,5 | 8,0 | 2.057 | 1.327 | 3.384 | 61 |
| Yunanistan | 4,5 | 3,3 | 7,8 | 1.412 | 972 | 2.384 | 59 |
| Çekya | 6,3 | 1,4 | 7,8 | 2.856 | 572 | 3.428 | 83 |
| İsrail | 4,9 | 2,6 | 7,5 | 1.889 | 1.043 | 2.932 | 64 |
| Kolombiya | 5,9 | 1,4 | 7,3 | 896 | 317 | 1.213 | 74 |
| Slovak C. | 5,4 | 1,6 | 6,9 | 1.912 | 442 | 2.354 | 81 |
| İrlanda | 5,1 | 1,7 | 6,8 | 3.919 | 1.357 | 5.276 | 74 |
| Litvanya | 4,4 | 2,4 | 6,8 | 1.769 | 869 | 2.638 | 67 |
| Estonya | 4,9 | 1,9 | 6,8 | 1.916 | 662 | 2.579 | 74 |
| Macaristan | 4,7 | 1,7 | 6,4 | 1.542 | 680 | 2.222 | 69 |
| Letonya | 3,7 | 2,5 | 6,3 | 1.180 | 793 | 1.973 | 60 |
| Polonya | 4,5 | 1,6 | 6,2 | 1.568 | 662 | 2.230 | 70 |
| Meksika | 2,8 | 2,7 | 5,5 | 583 | 571 | 1.154 | 51 |
| Lüksemburg | 4,4 | 1,0 | 5,4 | 4.697 | 861 | 5.558 | 85 |
| Türkiye | 3,2 | 1,2 | 4,4 | 1.041 | 296 | 1.337 | 78 |

**Kaynak:** TÜİK, OECD Health Data 2020

**Not:** Ülkelerin harcama verisi 2019 veya en yakın yıla, memnuniyet verisi ise 2020 yılına aittir. Hesaplamalar cari sağlık harcaması üzerinden yapılmıştır. Türkiye'nin harcama ve memnuniyet verisi 2020 yılına aittir.

# BÖLÜM 7:

# Sağlık Göstergeleri

| | |
|---|---|
| Kırsal Nüfus Oranı (%) : | 20.000 ve altı nüfusa sahip yerleşim yerlerinde yaşayan nüfusun toplam nüfusa oranıdır. |
| Kentsel Nüfus Oranı (%) : | 20.001 ve üzeri nüfusa sahip yerleşim yerlerinde yaşayan nüfusun toplam nüfusa oranıdır. |
| 0-14 Yaş Nüfus Oranı (%) : | 0-14 yaş arası nüfusun toplam nüfusa oranıdır. |
| 65 Yaş ve Üzeri Nüfus Oranı (%) : | 65 yaş ve üzerindeki nüfusun toplam nüfusa oranıdır. |
| Çocuk Bağımlılık Oranı (0-14 Yaş) (%) : | "15-64" yaş grubundaki her 100 kişi için "0-14" yaş grubundaki kişi sayısıdır. |
| Yaşlı Bağımlılık Oranı (65 Yaş ve Üzeri) (%) : | "15-64" yaş grubundaki her 100 kişi için "65 ve üzeri" yaş grubundaki kişi sayısıdır. |
| Toplam Yaş Bağımlılık Oranı (%) : | "15-64" yaş grubundaki her 100 kişi için "0-14" ve "65 ve üzeri" yaş gruplarındaki kişi sayısıdır. |
| Yıllık Nüfus Artış Hızı (‰) : | Belli bir yıl içinde bir önceki yıla göre her 1.000 nüfus için artan kişi sayısıdır. |
| Kaba Doğum Hızı (‰) : | Belli bir yıl içinde her 1.000 nüfus başına düşen canlı doğum sayısıdır.<br>(Canlı Doğum Sayısı/Yıl Ortası Nüfus)x1.000 |
| Kaba Ölüm Hızı (‰) : | Belli bir yıl içinde her 1.000 nüfus başına düşen ölüm sayısıdır.<br>(Ölüm Sayısı/Yıl Ortası Nüfus)x1.000 |
| Toplam Doğurganlık Hızı : | Bir kadının, doğurgan olduğu dönem boyunca (15-49 yaşları arasında) doğurabileceği ortalama canlı doğan çocuk sayısıdır. |
| Bebek Ölüm Hızı: | Bir toplumda bir yılda canlı doğan ve bir yaşını tamamlamadan ölen bebek sayısının aynı toplumda aynı yıl içerisinde canlı doğan bebek sayısına oranının 1.000 ile çarpımı sonucu elde edilir. |
| Perinatal Ölüm Hızı: | Bir toplumda bir yılda canlı doğan ve 7 gün içinde ölen (Erken Neonatal) bebek sayısına aynı yıl içerisinde gerçekleşen ölü doğum sayısı eklenerek, aynı yılda meydana gelen toplam doğum sayısına (canlı+ölü) oranının 1.000 ile çarpımı sonucu elde edilir. |
| Neonatal Ölüm Hızı: | Bir toplumda bir yılda canlı doğan ve 28 gün içinde ölen bebek sayısının, aynı toplumda aynı yıl içerisinde canlı doğan bebek sayısına oranının 1.000 ile çarpımı sonucu elde edilir. |
| Postneonatal Ölüm Hızı: | Bir toplumda bir yılda canlı doğan ve 29. gün ile 364. gün içinde ölen bebek sayısının, aynı toplumda aynı yıl içerisinde canlı doğan bebek sayısına oranının 1.000 ile çarpımı sonucu elde edilir. |
| Beş Yaş Altı Ölüm Hızı: | Bir toplumda bir yılda beş yaşını tamamlamadan ölen çocuk sayısının, aynı toplumda aynı yıl içerisinde canlı doğan bebek sayısına oranının 1.000 ile çarpımı sonucu elde edilir. |
| Anne Ölüm Oranı: | Bir toplumda bir yılda gebelik ve /veya gebeliğin ağırlaştırdığı herhangi bir sebeple ölen anne sayısının aynı toplumda aynı yıl içerisinde canlı doğan bebek sayısına oranının 100.000 ile çarpımı sonucu elde edilir. |
| Nitelikli yatak: | İçinde tuvaleti ve banyosu ile en fazla 2 hasta yatağı, televizyon, telefon, buzdolabı, yemek masası, etajeri ve yatırılabilen refakatçi koltuğu bulunan odalardaki yataklardır. Bu sayılar toplam yatak sayısına dahildir. |

## Genel Demografik Veriler

**Tablo 33:** Yaş grubuna göre nüfus ve toplam nüfus içindeki oranı, 2007-2021

| Yıl | Toplam nüfus | Yaş grubu | | | Toplam nüfus içindeki oranı (%) | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 0-14 | 15-64 | 65 + | 0-14 | 15-64 | 65 + |
| **2007** | **70 586 256** | 18 642 391 | 46 943 690 | 5 000 175 | 26,4 | 66,5 | 7,1 |
| **2008** | **71 517 100** | 18 788 587 | 47 835 090 | 4 893 423 | 26,3 | 66,9 | 6,8 |
| **2009** | **72 561 312** | 18 859 334 | 48 618 564 | 5 083 414 | 26,0 | 67,0 | 7,0 |
| **2010** | **73 722 988** | 18 878 582 | 49 516 670 | 5 327 736 | 25,6 | 67,2 | 7,2 |
| **2011** | **74 724 269** | 18 886 575 | 50 346 979 | 5 490 715 | 25,3 | 67,4 | 7,3 |
| **2012** | **75 627 384** | 18 857 179 | 51 088 202 | 5 682 003 | 24,9 | 67,6 | 7,5 |
| **2013** | **76 667 864** | 18 849 814 | 51 926 356 | 5 891 694 | 24,6 | 67,7 | 7,7 |
| **2014** | **77 695 904** | 18 862 430 | 52 640 512 | 6 192 962 | 24,3 | 67,8 | 8,0 |
| **2015** | **78 741 053** | 18 886 220 | 53 359 594 | 6 495 239 | 24,0 | 67,8 | 8,2 |
| **2016** | **79 814 871** | 18 925 782 | 54 237 586 | 6 651 503 | 23,7 | 68,0 | 8,3 |
| **2017** | **80 810 525** | 19 033 488 | 54 881 652 | 6 895 385 | 23,6 | 67,9 | 8,5 |
| **2018** | **82 003 882** | 19 184 329 | 55 633 349 | 7 186 204 | 23,4 | 67,8 | 8,8 |
| **2019** | **83 154 997** | 19 212 345 | 56 391 925 | 7 550 727 | 23,1 | 67,8 | 9,1 |
| **2020** | **83 614 362** | 19 068 237 | 56 592 570 | 7 953 555 | 22,8 | 67,7 | 9,5 |
| **2021** | **84 680 273** | 18 975 963 | 57 459 186 | 8 245 124 | 22,4 | 67,9 | 9,7 |

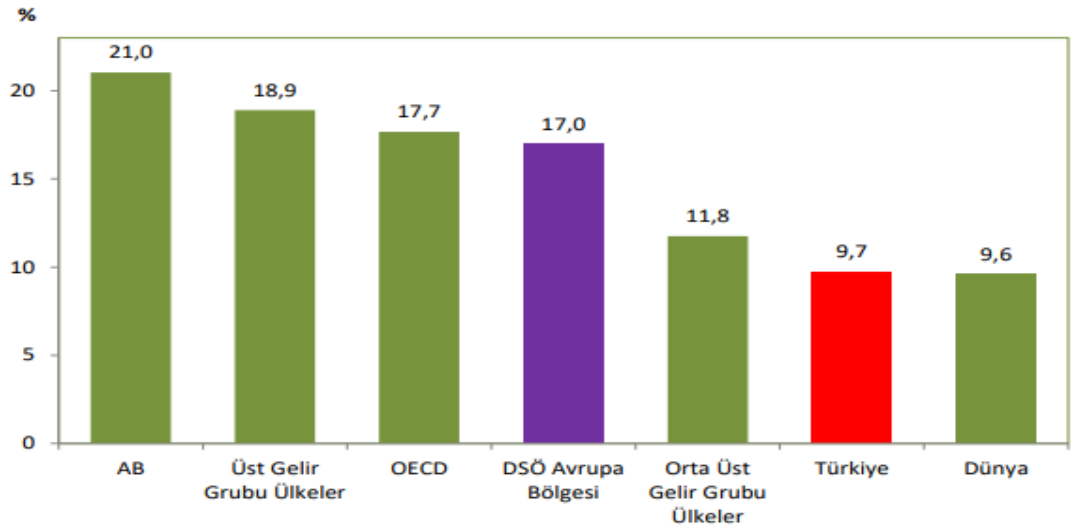
Kaynak: TÜİK, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2021

**Tablo 34**: Yıllara Göre Genel Demografik Göstergeler, 1990-2021

| | 1990 | 2000 | 2016 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Toplam Nüfus** | 56.473.035 | 67.803.927 | 79.814.871 | 82.003.882 | 83.154.997 | 83 614 362 | 84,680,273 |
| **Kırsal Nüfus Oranı (%)** | 48,7 | 40,8 | 12,1 | 12,1 | 11,5 | 7 | 6,8 |
| **Kentsel Nüfus Oranı (%)** | 51,3 | 59,2 | 87,9 | 87,9 | 88,5 | 93 | 93,2 |
| **0-14 Yaş Nüfus Oranı (%)** | 35,0 | 29,8 | 23,7 | 23,4 | 23,1 | 22,8 | 22,4 |
| **65 Yaş ve Üzeri Nüfus Oranı (%)** | 4,3 | 5,7 | 8,3 | 8,8 | 9,1 | 9,5 | 9,7 |
| **Çocuk Bağımlılık Oranı (0-14 Yaş) (%)** | 57,6 | 46,3 | 34,9 | 34,5 | 34,1 | 33,7 | 33,0 |
| **Yaşlı Bağımlılık Oranı (65 + Yaş) (%)** | 7,1 | 8,8 | 12,3 | 12,9 | 13,4 | 14,1 | 14,3 |
| **Toplam Yaş Bağımlılık Oranı %)** | 64,7 | 55,1 | 47,2 | 47,4 | 47,5 | 47,7 | 47,4 |
| **Yıllık Nüfus Artış Hızı ( ‰)** | 21,7 | 18,3 | 13,5 | 14,7 | 13,9 | 5,5 | 12,7 |
| **Kaba Doğum Hızı ( ‰)** | 24,1 | 21,6 | 16,6 | 15,4 | 14,3 | 13,3 | 12,9 |
| **Kaba Ölüm Hızı ( ‰)** | 7,1 | 7,3 | 5,3 | 5,2 | 5,3 | 6,1 | 6,7 |
| **Toplam Doğurganlık Hızı** | 2,9 | 2,5 | 2,1 | 2,0 | 1,9 | 1,76 | 1,71 |

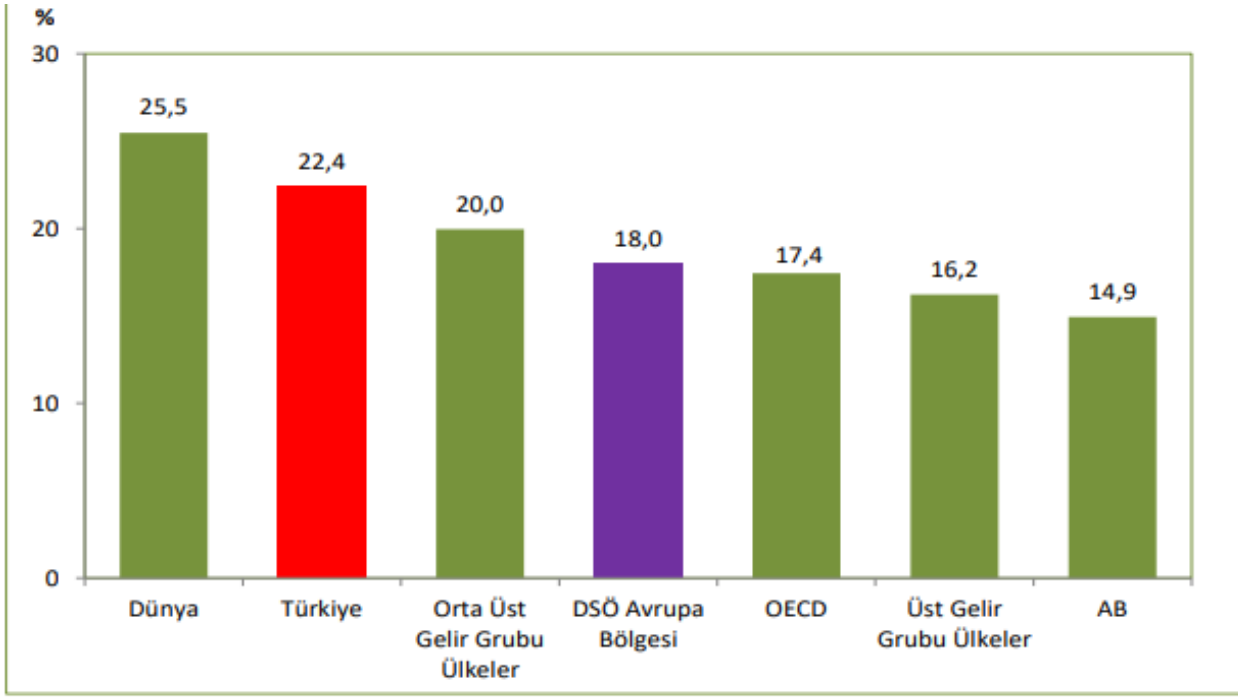
Kaynak: TÜİK

**Grafik 14:** 65 Yaş ve Üzeri Nüfus Oranının Uluslararası Karşılaştırması, (%), 2019




**Kaynak:** T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2019

**Grafik 15:** 0-14 Yaş Nüfus Oranının Uluslararası Karşılaştırması, (%), 2021




**Kaynak:** T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2021

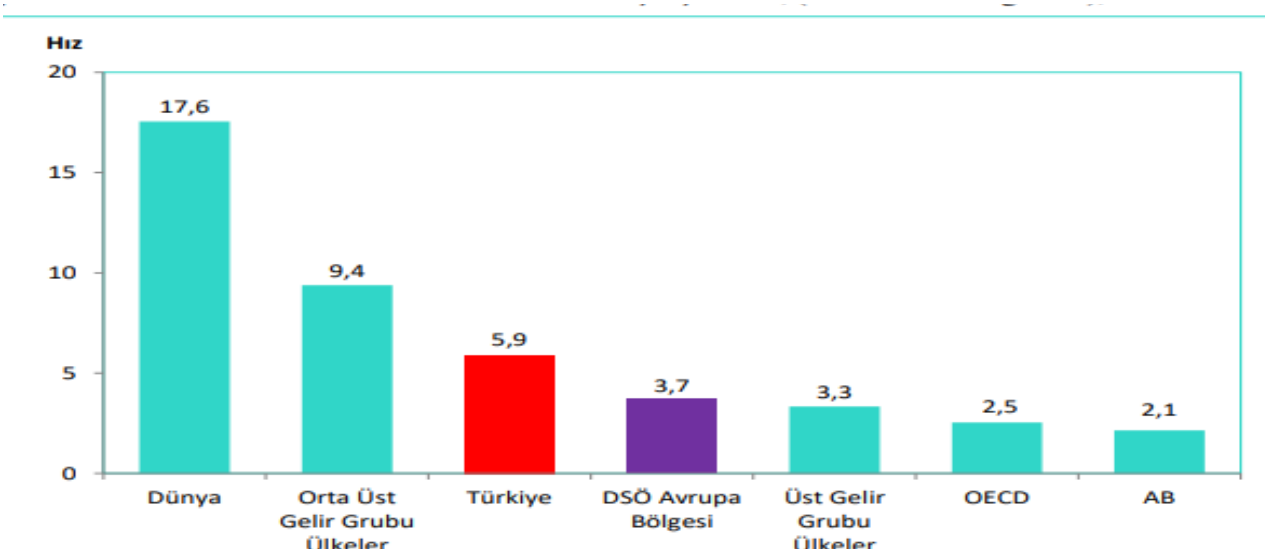
## Mortalite İstatistikleri

**Tablo 35:** İBBS-1'e Göre Mortalite Göstergeleri, 2021

| İBBS-1 | Bebek Ölüm Hızı (1.000 Canlı Doğumda) | | Perinatal Ölüm Hızı (1.000 Doğumda) | | Neonatal Ölüm Hızı (1.000 Canlı Doğumda) | | Postneonatal Ölüm Hızı (1.000 Canlı Doğumda) | | Beş Yaş Altı Ölüm Hızı (1.000 Canlı Doğumda) | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Tüm Haftalar | ≥28 hf | Tüm Haftalar | ≥28 hf | Tüm Haftalar | ≥28 hf | Tüm Haftalar | ≥28 hf | Tüm Haftalar | ≥28 hf |
| **İstanbul** | 6,6 | 4,5 | 10,1 | 6,0 | 4,6 | 2,7 | 2,0 | 1,8 | 8,3 | 6,2 |
| **Batı Marmara** | 6,5 | 4,1 | 10,9 | 6,0 | 4,3 | 2,3 | 2,2 | 1,8 | 7,9 | 5,5 |
| **Ege** | 8,0 | 5,1 | 10,0 | 5,7 | 5,4 | 2,8 | 2,6 | 2,2 | 9,6 | 6,7 |
| **Doğu Marmara** | 7,3 | 5,0 | 9,5 | 5,7 | 4,8 | 2,8 | 2,4 | 2,1 | 8,27 | 6,4 |
| **Batı Anadolu** | 7,3 | 4,6 | 11,0 | 6,1 | 5,0 | 2,5 | 2,3 | 2,1 | 8,9 | 6,3 |
| **Akdeniz** | 8,8 | 6,5 | 10,6 | 6,8 | 5,7 | 3,6 | 3,1 | 2,9 | 10,9 | 8,6 |
| **Orta Anadolu** | 9,0 | 5,9 | 11,4 | 6,4 | 6,2 | 3,4 | 2,8 | 2,5 | 11,0 | 7,9 |
| **Batı Karadeniz** | 6,9 | 4,4 | 9,9 | 5,8 | 5,0 | 2,5 | 1,9 | 1,5 | 8,7 | 6,2 |
| **Doğu Karadeniz** | 7,4 | 5,0 | 9,6 | 5,7 | 4,9 | 2,8 | 2,25 | 2,2 | 8,8 | 6,5 |
| **Kuzeydoğu Anadolu** | 11,2 | 9,2 | 11,5 | 8,2 | 6,9 | 5,1 | 4,3 | 4,1 | 13,6 | 11,6 |
| **Ortadoğu Anadolu** | 11,6 | 9,6 | 12,8 | 8,9 | 6,2 | 3,4 | 4,7 | 4,4 | 14,3 | 12,3 |
| **Güneydoğu Anadolu** | 13,6 | 11,0 | 13,1 | 9,4 | 8,2 | 5,9 | 5,4 | 5,1 | 16,3 | 13,8 |
| **Türkiye** | 9,1 | 6,6 | 11,0 | 7,0 | 5,9 | 3,7 | 3,2 | 3,0 | 11,1 | 8,6 |

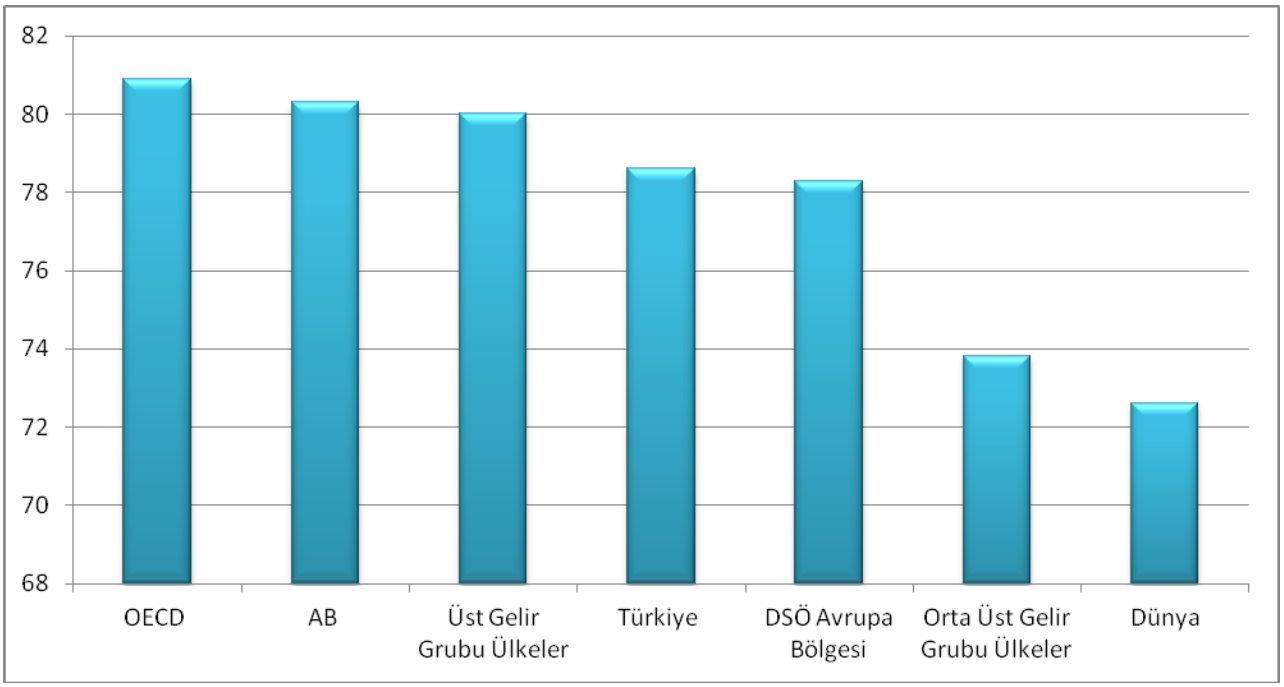
Kaynak: Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021

**Grafik 16:** Neonatal Ölüm Hızının Uluslararası Karşılaştırması, (1.000 Canlı Doğumda), 2019




**Kaynak:** T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2021

**Grafik 17:** Doğumda Beklenen Yaşam Süresinin Uluslararası Karşılaştırması, 2019




**Kaynak:** T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2021

**Tablo 36:** Doğumda Beklenen Yaşam Süresi Ülke Kıyaslaması, 2019

| Ülke | Toplam | Erkek | Kadın | Ülke | Toplam | Erkek | Kadın | Ülke | Toplam | Erkek | Kadın |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **ABD** | 78.50 | 76.28 | 80.73 | Gambiya | 65.47 | 63.42 | 67.65 | Papua Yeni Gine | 65.30 | 63.40 | 67.36 |
| Afganistan | 63.21 | 63.29 | 63.16 | Güney Sudan | 62.79 | 60.83 | 64.84 | Namibia | 64.58 | 60.58 | 68.45 |
| **Almanya** | 81.72 | 78.72 | 84.77 | Gürcistan | 73.28 | 68.79 | 77.76 | Nepal | 70.88 | 68.88 | 72.75 |
| Angola | 63.06 | 60.70 | 65.52 | Haiti | 64.05 | 63.34 | 64.76 | Nikaragua | 75.04 | 72.07 | 77.93 |
| Antigua ve Barbuda | 76.45 | 74.88 | 77.96 | **Hırvatistan** | 78.64 | 75.54 | 81.60 | Nijer | 63.29 | 62.06 | 64.56 |
| Arnavutluk | 78.00 | 76.25 | 79.91 | Hindistan | 70.79 | 69.52 | 72.17 | Norveç | 82.62 | 81.08 | 84.13 |
| Arjantin | 76.58 | 73.51 | 79.50 | Hollanda | 81.79 | 80.40 | 83.15 | **Orta Afrika Cmh.** | 53.10 | 50.21 | 56.26 |
| Avusturalya | 83.04 | 81.25 | 84.84 | Honduras | 71.94 | 70.67 | 73.16 | Özbekistan | 73.01 | 70.76 | 75.21 |
| Avusturya | 81.65 | 79.44 | 83.78 | Irak | 72.42 | 69.93 | 74.97 | Pakistan | 65.61 | 64.59 | 66.72 |
| Azerbaycan | 71.43 | 68.78 | 74.09 | İngiltere | 81.40 | 79.79 | 82.99 | Panama | 79.29 | 76.65 | 82.06 |
| **BAE** | 76.08 | 75.10 | 78.42 | İran | 77.35 | 75.69 | 79.09 | Papua Yeni Gine | 65.30 | 63.40 | 67.36 |
| Bahamalar | 73.21 | 69.85 | 76.59 | İrlanda | 81.84 | 80.20 | 83.48 | Paraguay | 75.81 | 73.08 | 78.85 |
| Bahreyn | 75.81 | 75.04 | 77.02 | İspanya | 83.22 | 80.68 | 85.68 | Peru | 79.90 | 78.46 | 81.34 |
| Bangladeş | 74.45 | 72.99 | 75.64 | İsrail | 82.62 | 80.79 | 84.36 | Polonya | 78.27 | 74.53 | 81.93 |
| Barbados | 76.03 | 74.32 | 77.66 | İsveç | 82.40 | 80.83 | 83.97 | Portekiz | 81.57 | 78.56 | 84.40 |
| Belarus | 74.81 | 69.65 | 79.62 | İsviçre | 83.45 | 81.75 | 85.08 | Romanya | 75.57 | 71.95 | 79.26 |
| Belçika | 81.42 | 79.29 | 83.51 | İtalya | 82.97 | 80.91 | 84.90 | Ruanda | 69.10 | 66.88 | 71.24 |
| Belize | 74.41 | 71.36 | 77.77 | İzlanda | 82.33 | 80.81 | 83.87 | Rusya | 73.23 | 68.18 | 78.00 |
| Benin | 63.43 | 61.19 | 65.66 | Jamaika | 75.98 | 74.36 | 77.68 | Saint Luicia | 74.33 | 71.30 | 77.71 |
| Bolivya | 72.14 | 71.15 | 73.13 | Japonya | 84.26 | 81.49 | 86.94 | Samoa | 70.45 | 69.16 | 71.85 |
| Bosna Hersek | 76.75 | 74.38 | 79.09 | **Kamboçya** | 70.12 | 67.23 | 72.75 | Sao Tome | 70.42 | 68.79 | 71.99 |
| Botswana | 62.25 | 58.95 | 65.46 | **Kamerun** | 62.36 | 60.29 | 64.50 | Senegal | 68.58 | 66.82 | 70.14 |
| Brezilya | 7 5.90 | 72.45 | 79.89 | **Kanada** | 82.24 | 80.40 | 84.05 | Seyşeller | 73.34 | 69.98 | 77.15 |
| Brunei | 74.32 | 73.39 | 75.36 | Katar | 77.17 | 78.03 | 76.63 | Sırbistan | 75.87 | 73.46 | 78.28 |
| Bulgaristan | 75.07 | 71.65 | 78.60 | Kazakistan | 73.95 | 69.98 | 77.61 | Sierra Leone | 60.77 | 59.60 | 61.90 |
| Burkina Faso | 62.70 | 60.06 | 65.23 | Kenya | 66.09 | 63.70 | 68.44 | Singapur | 83.22 | 81.05 | 85.45 |
| Burundi | 63.84 | 61.55 | 66.14 | Kırgızistan | 74.18 | 70.75 | 77.31 | Slovekya | 78.23 | 74.84 | 81.44 |
| Butan | 73.11 | 72.03 | 74.39 | Kiribati | 59.42 | 56.14 | 62.80 | Slovenya | 81.31 | 78.59 | 84.06 |
| Cezayir | 77.13 | 76.23 | 78.12 | **Kolombiya** | 79.31 | 76.69 | 81.87 | Solomon Adl | 65.25 | 62.87 | 67.87 |
| Comoros | 67.39 | 65.92 | 68.88 | **Kongo** | 64.74 | 63.81 | 65.61 | Somali | 56.47 | 54.01 | 59.22 |
| Côte d'Ivoire | 62.92 | 60.53 | 65.81 | **Kongo Cum.** | 62.35 | 60.00 | 64.82 | Sri Lanka | 76.87 | 73.80 | 79.81 |
| Çad | 59.63 | 57.95 | 61.34 | **Kore** | 72.63 | 69.29 | 75.69 | St Vincent | 73.22 | 71.32 | 75.32 |
| Çek Cumhuriyeti | 79.13 | 76.30 | 81.93 | **Kosta Rika** | 80.85 | 78.31 | 83.44 | Sudan | 69.15 | 67.55 | 70.76 |
| Çin | 77.43 | 74.73 | 80.49 | Kuveyt | 80.97 | 79.25 | 83.95 | Surinam | 71.48 | 68.50 | 74.63 |
| Danimarka | 81.32 | 79.59 | 83.02 | **Küba** | 77.76 | 75.37 | 80.25 | Suriye | 72.67 | 71.18 | 74.26 |
| Djibouti | 65.81 | 64.10 | 67.78 | Lao | 68.51 | 66.19 | 70.95 | Suudi Arabistan | 74.31 | 73.11 | 76.15 |
| Dominik | 72.84 | 69.76 | 76.19 | Letonya | 75.38 | 70.58 | 79.84 | **Şili** | 80.74 | 78.09 | 83.25 |
| Ekvator | 78.45 | 76.41 | 80.50 | Lesoto | 50.75 | 47.66 | 54.24 | Tajikistan | 69.50 | 67.58 | 71.55 |
| Ekvator Ginesi | 62.19 | 60.87 | 63.58 | Liberya | 64.08 | 63.15 | 65.00 | Tanzanya | 67.34 | 65.37 | 69.26 |
| El Salvador | 75.03 | 70.58 | 79.13 | Litvanya | 75.99 | 71.23 | 80.43 | Tayland | 77.70 | 74.36 | 81.04 |
| **Endonezya** | 71.31 | 69.40 | 73.30 | Lübnan | 76.44 | 74.03 | 79.15 | Timor-Leste | 69.62 | 67.93 | 71.41 |
| Eritre | 64.08 | 61.30 | 67.07 | Lüksemburg | 82.41 | 80.62 | 84.20 | Togo | 64.27 | 61.52 | 67.23 |
| Ermenistan | 76.03 | 72.49 | 79.16 | Macaristan | 76.44 | 73.09 | 79.59 | Tonga | 72.57 | 69.81 | 75.61 |
| Estonya | 78.88 | 74.7 | 82.60 | Madagaskar | 65.35 | 64.10 | 66.60 | Trinidad | 76.13 | 72.54 | 79.92 |
| Eswatini | 57.73 | 53.36 | 63.18 | Makedonya | 74.82 | 72.84 | 76.87 | Tunus | 77.04 | 74.88 | 79.19 |
| Etyopya | 68.70 | 66.9 | 70.52 | Malawi | 65.62 | 62.31 | 68.93 | Türkiye | 78.62 | 76.44 | 80.67 |
| Fiji | 68.01 | 65.93 | 70.28 | Malezya | 74.72 | 72.61 | 77.08 | Turkmenistan | 69.75 | 66.48 | 72.97 |
| **Filipinler** | 70.43 | 67.40 | 73.6 | Maldivler | 79.59 | 78.63 | 80.76 | Uganda | 66.69 | 63.24 | 70.10 |
| Finlandiya | 81.61 | 79.16 | 84.04 | Mali | 62.80 | 62.20 | 63.40 | Ukrayna | 73.02 | 68.00 | 77.81 |
| Fransa | 82.48 | 79.76 | 85.09 | Malta | 81.89 | 79.94 | 83.80 | Umman | 73.90 | 72.97 | 75.26 |
| **Gambiya** | 65.47 | 63.42 | 67.65 | Meksika | 76.01 | 73.13 | 78.86 | Uruguay | 77.10 | 73.48 | 80.56 |
| **Gana** | 66.28 | 63.66 | 69.16 | **Mısır** | 71.82 | 69.59 | 74.14 | Vanuatu | 65.31 | 62.66 | 68.32 |
| **Gine** | 61.01 | 59.48 | 62.25 | Micronesia | 63.03 | 60.35 | 66.05 | Venezuella | 73.95 | 69.91 | 78.17 |
| **Gine-Bissau** | 60.22 | 57.36 | 62.98 | Moğolistan | 68.10 | 63.82 | 72.76 | Vietnam | 73.74 | 69.56 | 78.11 |
| **Granada** | 72.88 | 70.63 | 75.33 | Moldovya | 73.26 | 69.26 | 77.12 | Yemen | 66.63 | 64.41 | 68.92 |
| **Guatemala** | 72.02 | 68.95 | 75.04 | Montenegro | 75.88 | 73.15 | 78.65 | Yeni Zellanda | 81.96 | 80.36 | 83.52 |
| **Guyana** | 65.69 | 62.45 | 69.39 | Moritanya | 68.38 | 68.08 | 68.73 | Yunanistan | 81.10 | 78.64 | 83.57 |
| **Güney Afrika** | 65.25 | 62.20 | 68.29 | Morocco | 72.99 | 71.68 | 74.31 | Zambia | 62.45 | 59.54 | 65.37 |
| Güney Kıbrıs | 83.14 | 81.12 | 85.12 | Mozambik | 58.14 | 54.46 | 61.73 | Zimbabwe | 60.68 | 57.51 | 63.61 |

**Kaynak:** DSÖ

# BÖLÜM 8:

# 2023 YILI SAĞLIĞA TEHDİTLER

# 2023 Yılı Sağlığa Tehditler

Sağlık-Der olarak her yıl insanlığı tehdit eden sağlık sorunlarına ilişkin bir rapor yayınlamaktayız. Derneğimizin bilim, danışma kurulu, teşkilat ve üyeleriyle yapmış olduğu istişareler neticesinde 2022 yılında sağlığı tehdit edeceğini öngördüğü tehditler şunlardır:

***1. BULAŞICI HASTALIKLAR*:** Yeni ortaya çıkan veya yeniden önem kazanan bulaşıcı hastalıklar, insanların çok çabuk yer değiştirmelerinin kolaylaşması nedeni ile hızlı bir şekilde kıtalararası yayılabilmektedir.

***2. AŞI OLMAYA DİRENÇ*:** Eksik bilgi nedeni ile aşı olunmaması ve küresel düzeyde aşılanma oranının artırılmaması hastalıkların daha da ilerlemesine sebep olmaktadır.

***3. SEDANTER YAŞAM*:** Hareketsiz yaşam tarzı iyice artmıştır. Bu da sedanter yaşama bağlı hastalıkları tetiklemiştir.

***4. PSİKOLOJİK BOZUKLUKLAR*:** İş ortamında mobbing, ekonomik zorluklar, geçim sıkıntısı, insani iletişim zorlukları, alım gücünün düşmesi, büyük şehirlerdeki trafik yoğunluğu, dikey mimari.

***5. TEKNOLOJİ BAĞIMLILIĞI*:** Evde kalmak zorunda kalan kişilerin teknolojik cihazlar ile çok fazla vakit geçirmesi teknoloji bağımlılığına sebep olmaktadır.

***6. DURUŞ BOZUKLUKLARI:*** Hareketsiz yaşam ve spor yapmamak özellikle eklem, kas hastalıkları ve duruş bozukluklarına sebep olmaktadır.

***7. STRES*:** Sosyal ilişkilerin zayıflaması, ekonomik kayıplar, gelecek kaygısı strese bağlı hastalıklara sebep olmaktadır.

***8. YALNIZLIK*:** İnsanların yalnız kalması depresyon, kişilik bozuklukları, öz bakım eksikliği, kalp damar, sindirim sistemi ve enfeksiyon hastalıklarına sebep olmaktadır.

***9. OBEZİTE*:** Gittikçe artan obezite, kalp, damar, tansiyon, diyabet, eklem ve enfeksiyon hastalıklarına sebep olmaktadır.

***10. TRAFİK ARTIŞI*:** Toplu ulaşımın kullanılmaması, trafik sorununun artmasına, çevre ve gürültü kirliliğine neden olmaktadır.

***11. ÇEVRE VE HAVA KİRLİLİĞİ*:** Artan sanayileşmeye bağlı olarak gelişen çevre ve hava kirliliği çok sayıda hastalığın, dolayısı ile ölümün en temel nedenidir.

***12. İKLİM DEĞİŞİKLİĞİ*:** Orta ve uzun vadede kuraklık, sıcaklık artışı ve kıtlık insanlığa birer tehdit olacaktır. Bu sebeple savaşlar, çatışmalar ve göçler yaşanabilecektir.

***13. MOBBİNG*:** Gıdanın içindeki besin değerinin düşmesi ve gıdanın ağır metaller, zirai ilaçlar ile kirlenmesi.

Bu sağlık tehditlerinin minimize edilmesiyle hastalıklar azalacaktır. Bunun sonucunda hastanelerin, sağlık personelinin yükünün ve sağlığa harcanan bütçenin düşmesi beklenmektedir. Sağlıklı toplum güçlü toplum demektir. Bu tehditler azaltılmadığı takdirde toplumun sağlığı bozulacak, ciddi iş gücü kayıpları, ekonomik sıkıntılar ortaya çıkacaktır.

# BÖLÜM 9:

# SONUÇ ve TEKLİFLER

# Sonuç

Sağlık-Der'in 1995 yılında önerdiği 'Sağlıkta Dönüşüm Projesi'nin hayata geçirilmiş olmasını memnuniyetle izliyoruz.

Sağlıkta dönüşümünün en önemli ayaklarından biri olan 'Aile Hekimliği' sisteminin yürütülmesinde sıkıntılar olmakla birlikte her vatandaşın kolaylıkla ulaşabileceği bir hekimin olması memnuniyet verici ancak Aile hekimliği sistemi güçlendirilmelidir.

SSK, Bağ-kur ve Emekli Sandığının Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) adı altında birleştirilmesi görünürde çok başlılığı ortadan kaldırmıştır. Ancak birleşme sağlık hizmeti alanında yapılmış, prim tahsili ve emeklilik hususunda birlik sağlanamamıştır.

Devletin yürüttüğü sağlık hizmetine kar-zarar mantığı çevresinde yaklaşmak sosyal devletin gereklerini gözardı etmektir.

Sevk zinciri uygulanmadığı için ikinci ve üçüncü basamak kuruluşlarda aşırı ve gereksiz yığılma olmaktadır. Sevk zinciri işletilmek istendiğinde de yetersiz sayıdaki Aile Sağlığı Merkezleri kilitlenmektedir. Çözüm Aile Hekimi sayısını arttırmaktır.

Özel Diş Hekimliği tedavi hizmetleri Sosyal Güvenlik Kurumu'nca karşılanmamaktadır. Diş muayene ve tedavileri Özel Tıp Merkezleri ve Hastanelerde SGK tarafından karşılanmalıdır. Aile diş hekimliği sağlık sistemine dahil edilmelidir. Pilot uygulamalar hayata geçirilmiştir.

SGK fatura incelemelerinde hekimlerin ihtisaslarıyla ilgili mesleki bilgi ve becerilerine göre koyduğu teşhislerine müdahale etmektedir. Bu teşhislere göre yapılan tedavileri yerinde değil diyerek ödememektedir. Özel kurumlar bu durumdan mağdur olmaktadırlar. Hekimlerin tıbbi kanaatlerine müdahale edilmemelidir.

SGK birçok alanda Sağlık Bakanlığı ile çekişmeler yaşamakta ve giderek sağlık politikalarını belirler hale gelmektedir. SGK, sağlık politikalarını belirlerken mali eksenli hareket etmektedir. Örneğin pahalı bir ilaç gerekli olsa bile çok zor şartlarda reçete edilebilmektedir.

Hekim ve diğer sağlık çalışanlarının özlük hakları geliştirilmeli, sosyal imkânları arttırılmalıdır. Ek ödemeler ve Döner Sermaye ödemeleri emekliliğe sayılmalıdır.

Sağlık finansmanını üstlenecek sağlık sigortası kurumları ve yardım sandıkları artırılmalı, çeşitlendirilmeli ve desteklenmelidir. Primlerin toplanması hususunda özel sektörden istifade edilmelidir.

Türkiye'de genç nüfus bir avantaj olarak görülse de nüfusumuz giderek yaşlanmaktadır. Bu durum üretimde azalma, kronik hastalıklar gibi sağlık harcamalarında ek yükü beraberinde getirmektedir.

Tıbbi cihaz üretimine yönelik hızlı bir teknoloji ve kaynak israfı olmaktadır. Buna tüm Dünya ülkeleri alet olmaktadır. İletişim imkânları hastaların dünyanın neresinde ne cihaz olduğunu bilmesine ve bunları

talep etmesine sebep olmaktadır. Bu talepler karşısında duramayan devlet ve özel sektör işletmecileri yeni teknolojik cihaz satın alma yarışına girmektedirler.

Tıbbın ilerlemesi insanların hayat standardını, yaşam kalitesini ve yaşam seviyesini arttırmaktadır. Bunlar da tabii sonuç olarak sağlığa daha fazla kaynak ayrılmasını gerektirmektedir. Hükümetler bu kaynakları sağlamakta zorlanmaktadırlar. Yeterli kaynak bulunamadığında da "sağlıkta tasarruf" yoluna gidilmektedir. Sağlıkta yapılan tasarruf uygulamaları da insan sağlığını, toplum sağlığını tehdit eden geri dönülmez noktalara ulaşmaktadır. Bazen de tasarruf uygulamaları çok daha fazla kaynağın aşırı kullanımına sebep olabilmektedir. Bu bağlamda orijinal tıbbi cihaz, ürünlerin ve ilaçların yerli üretimi için mutlaka yeni ve akılcı Teşvik Paketleri gündeme getirilmelidir. İlaç sektörünün stratejik bir sektör olarak kabul ve teşvik edilmesi büyük öneme sahiptir.

Sağlık sadece Sağlık Bakanlığının sorumluluğunda olmamalıdır. Hemen hemen tüm sektörlerin de sağlık konusunda görev ve sorumlulukları olmalıdır. Bu görev ve sorumluluklar belirlenerek çok sektörlü sağlık sorumluluğu anlayışı benimsenmelidir. Örneğin bir ambulansın hastayı zamanında hastaneye ulaştırabilmesi, belediye hizmetlerinden, trafiğe, kara yollarından, kentsel planlamaya kadar çok sektörlü bir planlama gerektirmektedir.

Çevre sorunları önümüzdeki yüzyılda önemli sağlık sorunlarına yol açabilecektir. Çevre kirlenmesine karşı gerekli önlemler alınarak insan sağlığının en az etkilenmesi sağlanmalıdır.

Türkiye Sağlık Raporu 2023'ün hazırlanmasında alanından uzman kişilerden, sivil toplum kuruluşlarından, sendikalardan, kamu görevlilerinden, akademisyenlerden destek alınmıştır. Ortaya çıkan ürün yöneticiler, siyasetçiler, sivil toplum kuruluşları başta olmak üzere karar mekanizmasına etki eden bütün kesimler ile paylaşılmakta ve sorunlara çözüm getirilmesi sağlanmaktadır. Çalışmanın amacı doğrultusunda sağlık sistemimizin daha da ileriye götürülmesine katkı sağlamasını, halkın sağlığını geliştirmeye destek olmasını ümit ediyoruz. Çalışmaya destek veren herkese şükranlarımızı sunuyoruz.

# TEKLİFLER

### *1. ALKOL VE UYUŞTURUCU MADDELERE ERİŞİM ZORLAŞTIRILMALIDIR*

Alkol ve uyuşturucu maddeler hem ruh hem de beden sağığına ciddi derecede zararlar vermektedir. Özellikle gençlerin bu zararlı maddelerden uzak durması gerekmektedir. Alkollü içeceklerin 24 yaş altı gençlere satılması yasaklanmalıdır. Alkollü içecekler turistik tesisler ve özel izinli sadece alkol satan satış yerleri dışında satılmamalıdır. (İsveç örneği) Alkollü içeceklerin kamuya açık alanlarda içilmesi yasaklanmalıdır. Trafikte araç kullanımında promil alkol uygulamasına geçilmelidir. Kamuya açık alanlarda insanların huzurunu bozacak şekilde alkollü ve uyuşturucu kullanarak araç kullanmak suç kapsamına alınmalıdır.

### *2. OKULLARDA BEDEN EĞİTİMİ DERSİ KALDIRILMALIDIR*

Sağliklı bir toplum için spor teşvik edilmelidir. Okullardaki beden eğitimi dersi kaldırılmalıdır. Bütün öğrencilerin spor klüplerine ve spor okullarına yönlendirilmesi sağlanmalıdır. Bu spor klübü ve spor okullarına gidilmesi mecbur tutulmalıdır. Özel spor klübü ve spor okullarının öğrenci giderleri Devler tarafından karşılanmalıdır. (Örğün eğitim kısımlarında öğrencilere ders saatleri arasında spor yaptırıldığı zaman öğrenciler terlemekte, giysileri terden dolayı ıslanmaktadır. Bu terli elbiseler ile bir sonraki derse devam eden öğrenci bu sebepten hasta olmaktadır. Hasta olan çocukların aileleri çocuklarının bu yüzden spor yapmalarını istememektedir. Okullarda spor sonrası duş alma imkanı olmayıp, soyunma kabinleri bulunmamaktadır. Bu sebeplerden dolayı okul ortamında spor yapılması sağlıksızdır. Bunların sonucunda ciddi sağlık sorunları ortaya çıkmaktadır. Bu da sağlık sektörü giderlerini ciddi manada arttırmaktadır. Çocuklar hasta oldukları için okula devam edememektedir. Bu da çocukların eğitimini ciddi anlamda engellemektedir.)

### *3. CİNSEL TAHRİK ENGELLENMELİDİR*

Cinsel arzuları tahrik edecek şekilde kamuya açık alanlarda bulunmak yasaklanmalıdır. Cinsel tahrik özellikle gençlerimizin ruh sağlığına zarar vermektedir. Tecavüzler, saldırganlıklar, cinsel suçlar, teşhircilik, cinsel tahriklerin sonucunda ortaya çıkmaktadır.

### *4. ÖĞRENCİ SAĞLIĞI İÇİN TEDBİR ALINMALIDIR*

Okul kantinlerinin denetimi Halk Sağlığı Müdürlüğü ekiplerince yapılmalıdır.

Okul su depolarının mahalli idarelerce temizlenmesi, bakımlarının yapılması ve arıtma cihazlarının belirli bir düzende temizlettirilmesi sağlanmalıdır. Şebeke sistemi dışında su temin eden okulların analiz

bedelleri için Maliye Bakanlığı tarafından Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'ne global bir bütçe temin edilmeli ve analizlerin düzenli yapılması sağlanmalıdır.

Okul bahçelerinde olduğu gibi okul girişlerinde de belli mesafelere kadar tütün kullanımı yasaklanmalı, öğrencilere sigara satışı ciddiyetle denetlenmeli, yaptırımlar sıkı uygulanmalıdır.

Aile hekimlerinin öğrenci muayeneleri pozitif performans gibi uygulamalarla teşvik edilmelidir

### *5. MOBİL AĞIZ DİŞ SAĞLIĞI GÜÇLENDİRİLMELİDİR*

Okul çağı çocuklarına yönelik Mobil Ağız Diş Sağlığı Hizmetleri geliştirilmeli, sınıflarda toplu diş muayenesi yerine özel donanımlı araçlarda diş ünitlerinde muayene yapılmalı, bulgular sisteme girilmeli, sistemde yer alan bilgiler Veli Bilgilendirme Sistemi aracılığıyla aileler ile de paylaşılmalıdır.

### *6. MOBİL KANSER TARAMALARI ARTTIRILMALIDIR*

Başta ulaşımı zor köy ve mezralar olmak üzere kanser tarama programlarının yaygınlaştırılması amacıyla mobil kanser tarama araçlarının sayısı arttırılmalıdır. Sistem sayesinde kanser erken tanısı imkanı doğmakta ve ciddi ekonomik getiri sağlanmaktadır.

### *7. HASTA TAŞIMA SİSTEMİNE GEÇİLMELİDİR*

Köy ve mezralarda röntgen, laboratuvar, cerrahi girişim ve eczane imkânları bulunmamaktadır. Ulaşımı zor köy ve mezralarda yaşayanlar için aile hekimlerinin uygun görmesi durumunda şehir merkezinde işlemlerini yaptırmak, tedavilerini almak veya Sağlıklı Hayat Merkezi imkanlarından faydalanmak üzere Hasta Taşıma Sistemi geliştirilebilir.

### *8. EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ GELİŞTİRİLMELİDİR*

Evde sağlık personelinin, 112 istasyonlarında çalışanlarda olduğu gibi, döner sermaye bakımından desteklenerek motive edilmelidir.

Evde sağlık hizmeti sunan personelin sertifikalandırılması hizmetin kalitesini arttırmaya ve memnuniyete yönelik önemli bir katkı sağlayacaktır. Hizmetin hedeflenen düzeyde sunulması, aksaklıkların ortaya çıkması açısından planlı ve plansız denetimler yapılmalıdır.

Artan hizmet talebinin karşılanabilmesi için alternatif bir yöntem olarak uygun hastalar ve durumlar için hastaların uzaktan takibine olanak tanıyan evde sağlık hizmetlerine yönelik "Tele-Sağlık" ve "Dijital Evde Sağlık" uygulamaları gibi sağlık teknolojileri yaygınlaştırılmalıdır.

Evde sağlık hizmetleri SGK sağlık ödemesi sistemine dahil edilmelidir.

### *9. NORMAL DOĞUM TEŞVİK EDİLMELİDİR*

Sezaryenle doğumun kontrol altına alınması amacıyla, uygun şartlarda mahremiyetin sağlandığı, ağrısız yöntemle vajinal doğum imkanının sunulabildiği normal doğumlar teşvik edilmelidir. Doğum odalarının mümkünse ayrı ayrı birbirinden bağımsız olarak düzenlenmesi gerekmektedir. Perde vs. aksesuarlarla ayırma doğum sancısı çeken bir gebenin sesinin diğer gebede doğumun hazırlığı aşamasında yarattığı travmanın oluşturduğu sorunlar doğumun seyrini etkilemekte ve özellikle de hasta ve yakınlarında normal doğum yerine sezaryen talebi oluşturmaktadır.

### *10. EV KONFORUNDA DOĞUM İMKÂNI*

Kadın Doğum Polikliniklerinin, hastanede mümkünse ayrı bir koridorda olması gerekmektedir. Poliklinik odaları 2 ayrı oda şeklinde düzenlenmelidir. İlk oda hekim hasta görüşme odası şeklinde olmalı ki uygunsuz şekilde kapı açılsa bile mahremiyet hakkı korunabilsin. İçeride ikinci bir oda olması ile de hastanın stressiz bir ortamda yapılacak USG, jinekolojik muayenesi tamamlanabilecektir.

### *11. ŞEBEKE SULARINA YÖNELİK DÜZENLEMELER YAPILMALIDIR*

Analizi yapılan şebeke sularının analiz sonuçları çoğu yerde halka duyurulmamaktadır.

İl Özel İdareleri içme-kullanma suyu denetim ve kontrollerinde, suyun kalitesinin iyileştirilmesinde ve izlenmesinde etkin bir faaliyet gösterememektedir. Büyükşehirlerde olduğu gibi büyükşehir olmayan illerde de içme-kullanma suyu temin edilmesi, dezenfeksiyonu ve kalitesinin izlenmesi ile kanalizasyon ve atık suların bertaraf edilmesini sağlayacak hizmetlerin yürütülmesi için Su ve Kanalizasyon İdareleri kurulmalıdır.

Özellikle ulaşımı güç olan köylerde bakiye klor takibi Uzaktan Takip Cihazları ile yapılabilmesini sağlayacak yöntem ve sistemler yaygınlaştırılmalıdır. Söz konusu yöntem halen bazı illerimizde pilot olarak kullanılmakta olup yöntemin hem personel hem de zaman açısından tasarruf sağladığı tespit edilmiştir.

Apartman ve site gibi barınma yerlerinde bulunan su depoları içme-kullanma suyu kalitesini olumsuz yönde etkileyebilen yapılar olup suyun kirlenmesine önemli ölçüde etkilidir. Bu nedenle apartman ve site gibi barınma yerlerinde bulunana su depolarının belirli aralılarda temizlenmesini, bakım ve onarımlarının yapılamasını ve takibinin yerel idarelerce yapılmasını sağlayacak düzenlemelere mevzuatta yer verilmelidir.

## *12. AŞI KARŞITLIĞI İLE MÜCADELE EDİLMELİDİR*

Aşı karşıtlığı tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de artmaktadır. Bunun önlenmesine yönelik kararlı adımlar atılmalıdır aksi takdirde eradike edilen hastalıklar dahi tekrar salgınlara yol açabilecektir. Yerli aşı üretimi arttırılmalıdır. HELAL SERTİFİKALI AŞI uygulaması düşünülebilir. Kullanılan aşıların içerikleri hakkında kamuoyu yeterince aydınlatılmalıdır. Ve içeriği şüpheli aşıları kullanımdan kaldırmalıdır.

## *13. GIDA TAKVİYELERİ VE AKTARLAR İÇİN MESUL MÜDÜR MECBURİYETİ GETİRİLMELİDİR*

Gıda takviyelerine yönelik güçlü bir izinlendirme ve kontrol mekanizması kurulmalıdır.

Gıda Takviyesi ürünleri tamamen Sağlık Bakanlığı kontrolünde olmalıdır.

Aktarlara yönelik eczacıların danışmanlık hizmeti verdiği DANIŞMAN ECZACILIK SİSTEMİ getirilmelidir. Tarım Bakanlığı onaylı Gıda Takviyesi üretim tesisleri için ECZACI MESUL MÜDÜR olmalıdır.

## *14. AKILCI PERFORMANS SİSTEMİNE GEÇİLMELİDİR*

Kamu hastanelerinde akılcı performans sistemine geçilmelidir. Endikasyonsuz işlemler ve suni hasta oluşturma pozitif performansın sonucunda ortaya çıkmıştır. Bu fazla yükü sistemin artık kaldırması mümkün değildir.

## *15. KAZA VE YARALANMALARA KARŞI UYARI VE EYLEM PLANLARI HAZIRLANMALIDIR*

Özellikle oyun çağı çocukların kaza ve yaralanmalara karşı korunması önemlidir. Ev kazaları başta olmak üzere oyun alanları ve okullar da çocukların kaza ve yaralanmalardan korunması amacıyla çok paydaşlı bir eylem planı oluşturulmalı ve faaliyete geçirilmelidir.

## *16. SAĞLIKTA ŞİDDETİN ÖNLENMESİ İÇİN TEDBİRLER ALINMALIDIR*

Sağlıkta şiddet her geçen gün artmakta ve çok sayıda sağlık çalışanı şiddet mağduru olmakta hatta hayatını kaybetmektedir. Şiddet sadece polisiye tedbirlerle önlenemez. "Sağlıkta Şiddetin Önlenmesi Ulusal Eylem Planı" tüm sektörlerin desteğiyle hazırlanmalı, topluma açıklanmalı, kararlılıkla bir bütün olarak uygulanmalıdır.

Hastanelerin uygun yerlerine "Yaşamı da veren, ölümü de veren Allah'tır.", "Şifayı veren Allah'tır.", "Edep Yahu.", "Hastaya Sabır Gerekir." Tarzında levhalar asılmalıdır.

### *17. MOTORİZE ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ GELİŞTİRİLMELİDİR*

Ambulansların gereksiz kullanımı önlenmelidir. 112'deki talebi alan personel vakanın durumunu anlamalıdır. Örneğin sadece bir tansiyon yükselmesi/düşmesi yada şeker yükselmesi/düşmesi gibi durumlarda motorize ekip hastaya yerinde müdahale edip tetkik ve tadavisini yapabilmelidir.

### *18. TIPTA UZMANLIK*

Tıp fakültesi öğrencileri 4.sınıftan itibaren TUS sınavına hazırlanmaktadırlar. TUS dershanelerine gitmektedirler. TUS'un önceliklendirilmesi hastane pratik eğitimlerini ikinci plana atmaya sebep olmaktadır. Mezuniyet sonrası tüm hekimlerin en az bir yıl koruyucu sağlık hizmetlerinde görev alması faydalı olacaktır.

### *19. HEKİMEVLERİ SAYILARI ARTTIRILMALIDIR*

Hekim ve diğer sağlık çalışanlarının özlük hakları geliştirilmeli, sosyal imkânları arttırılmalıdır. Çok az olan misafirhanelerin sayısı artırılmalıdır. Sağlık çalışanları il dışında konaklama hizmeti almakta zorlanmaktadır.

### *20. İLAÇ ve CİHAZLARIN YERLİ ÜRETİMİ TEŞVİK EDİLMELİDİR*

Orijinal tıbbi cihaz, ürünlerin ve ilaçların yerli üretimi için mutlaka yeni ve akılcı teşvik paketleri gündeme getirilmelidir. İlaç sektörünün stratejik bir sektör olarak kabul ve teşvik edilmesi büyük öneme sahiptir. Yerli özel sektör yatırımcıları teşvik edilmelidir.

### *21. EK ÖDEMELER EMEKLİLİĞE YANSITILMALIDIR*

Ek ödemeler ve Döner Sermaye ödemeleri emekliliğe sayılmalıdır.

### *22. HEKİMLERİN TIBBİ KANAATLERİNE MÜDAHALE EDİLMEMELİDİR*

SGK fatura inceleyicileri tarafından hekimlerin tıbbi kanaatlerine müdahale edilmektedir. ICD-10 kodları gibi algoritmalar çıkartılabilir. Örneğin; fizik tedavi olmayan hastaların diz protezi uygulanması engellenebilir. Algoritmaya uygun cerrahi işlemler yapılmış olur. Böylece ciddi maliyetler, işgücü kayıpları önlenmiş olur.

### *23. TEDAVİDE BASİTTEN CİDDİ GİRİŞİMSEL TEDAVİLERE DOĞRU ALGORİTMALAR OLUŞTURULMALIDIR*

Örneğin; hastaların diz protezi tedavisi uygulanmadan önce fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanının onayı alınmalıdır. Böylece algoritmaya uygun olmayan cerrahi işlemler yapılmamış olur . Sonucunda da ciddi maliyetler ve işgücü kayıpları önlenmiş olur.

### *24. SUT FİYATLARI DETAYLI MALİYET HESAPLAMASI YAPILMALIDIR*

SUT fiyatları en az yıllık enflasyon oranı veya asgari ücret kadar artırılarak Kamu hastaneleri ve Üniversite Hastanelerinin maliyetleri etkinleştirilmeli, sağlık hizmetlerinin daha etkin sunulması sağlanmalıdır. Sağlık hizmetleri için uzman bir ekiple Türkiye geneli için SUT fiyatlarına baz olmak üzere sağlık hizmetleri detaylı maliyet hesaplaması yapılmalıdır.

### *25. SAĞLIK İNSAN GÜCÜ PLANLANAMSI YAPILMALIDIR*

Mevcut bekleyen sağlık personeli acilen Devlet tarfından işe alınmalı ve bundan sonra da üniversitelere genel ihtiyacın üzerinde sağlık branşlarında öğrenci alınmamalı ve üniversitelerdeki öğrenci kapasitesi düşürülmelidir. Gerçekçi bir planlanam ile kamu ve özel sağlık personeli ihtiyacı karşılanmalıdır.

### *26. TIBBİ CİHAZ TAKİP SİSTEMİ DAHA ETKİN HALE GETİRİLMELİ*

Hastanelerde hastaların üzerinde kullanılan ortez-protez ve özellikli kullanılan malzemelerin üzerlerinde tekrarlanmayan, sadece o malzemeye özel kayıt numarası olmalı, ve bu sarf malzemesi üzerindeki takip numarası hastaya verilmelidir. Bu suretle tıbbi cihaz şirketlerinin aynı ürünü hastanelere ikinci defa satışı önlenmiş olacaktır.

### *27. BAZI TIBBİ CİHAZ VE SARF MALZEMELRİ STERİL EDİLEREK DEFALARCA KULLANILABİLİR*

Tekrar kullanımı mümkün olan sarf malzemelri steril edilerek tekrar kullanılması sağlanmalı, ürünün malzemenin sterilizasyona uyan malzemelerden olması veya ürün malzemesine uygun sterilizasyon yönteminin seçilmesi ile mümkündür.

### *28. TELE SAĞLIK HİZMETİ ARTTIRILMALIDIR*

Tele Sağlık hizmeti uygulamaya başlamıştır. Tele sağlık sistemindeki Sağlık Bakanlığı Tele Sağlık sisteminde uygulanan promların sayıları arttırılmalıdır.

YAL TESİS

YAL TESİS

YAL TESİS

TÜRKİYE
ÇALIŞTAYI

SAĞLIK DER
SAĞLIK DER
İLBANK

SAĞLIK DER
SAĞLIK DER
İLBANK

SAĞLIK DER